

"NOMBRE DEL AÑO APROBADO OFICIAL"

CARTA DE PRESENTACION

A : Sr(a)
Representante Legal
Dirección:

ASUNTO : VISITA DE VERIFICACION SANITARIA ORDINARIO DE LA AUTORIDAD REGIONAL DE SALUD JUNIN

FECHA : Huancayo, de del

Por medio del presente me dirijo a usted para presentar al siguiente Personal de Salud de la Dirección Regional de Salud Junin como sigue:

- Ocupación/Profesión, Nombres y Apellidos, DNI N°, Cargo
- Ocupación/Profesión, Nombres y Apellidos, DNI N°, Cargo
- Ocupación/Profesión, Nombres y Apellidos, DNI N°, Cargo

El mencionado personal está autorizado y facultado para desarrollar la **Verificación Sanitaria ordinario**, a la IPRESS/SMA..... de su representada, el día del mes del año. Con el objeto de comprobar que su operación y funcionamiento cumpla con lo dispuesto por la Ley General de Salud, normas técnicas sanitarias vigentes y otros asuntos solicitados.

Por lo tanto, brinde las facilidades del caso.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
.....
D.C. ~~.....~~ Juan Quispe
C.M.F. 75576
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
FIRMA Y SELLO
DIRECTOR GENERAL DE DIRESA JUNIN

.....
FIRMA Y SELLO
RESPONSABLE LEGAL/DIRECTOR/REPRESENTANTE IPRESS/SMA
(de recepción a la notificación, fecha y hora)



"NOMBRE DEL AÑO APROBADO OFICIAL"

CARTA DE PRESENTACION

A : Sr(a)
Representante Legal
Dirección:

ASUNTO : VISITA DE VERIFICACION SANITARIA EXTRAORDINARIO DE LA AUTORIDAD REGIONAL DE SALUD JUNIN

FECHA : Huancayo, de del

Por medio del presente me dirijo a usted para presentar al siguiente Personal de Salud de la Dirección Regional de Salud Junin como sigue:

- Ocupación/Profesión, Nombres y Apellidos, DNI N°, Cargo
- Ocupación/Profesión, Nombres y Apellidos, DNI N°, Cargo
- Ocupación/Profesión, Nombres y Apellidos, DNI N°, Cargo

El mencionado personal está autorizado y facultado para desarrollar la **Verificación Sanitaria extraordinario**, a la IPRESS/SMA..... de su representada, el día del mes del año. Con el objeto de comprobar que su operación y funcionamiento cumpla con lo dispuesto por la Ley General de Salud, normas técnicas sanitarias vigentes y otros asuntos solicitados.

Por lo tanto, brinde las facilidades del caso.

Atentamente,


GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN
.....
M.C. **Julio C. Tello**
FIRMA Y SELLO
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD JUNIN
DIRECTOR GENERAL DE DIRESA JUNIN



.....
FIRMA Y SELLO
RESPONSABLE LEGAL/DIRECTOR/REPRESENTANTE IPRESS/SMA
(de recepción a la notificación, fecha y hora)