

"NOMBRE DEL AÑO APROBADO OFICIAL"

A : Sr(a).

Representante Legal

Dirección:

ASUNTO : VISITA DE VERIFICACIÓN SANITARIA ORDINARIO DE LA AUTORIDAD REGIONAL DE SALUD JUNÍN

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 Junín como sigue:

- 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

Dr. CARMEN GARCIA Quespe
C.M.F. 6578
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD JUNIN

FIRMA Y SELLO
DIRECTOR GENERAL DE DISESA 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 PRESENTACIÓN

A : Sr(a)

Representante Legal

Dirección:

ASUNTO : VISITA DE VERIFICACIÓN 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 Junín 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
DIRECCIÓN 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)