

"NOMBRE DEL AÑO APROBADO OFICIAL"

**NOTIFICACIÓN N° .....****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 comunicarle que, de conformidad con el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado con D.S.013-2006-SA, Notifico a usted, que el día .... del mes ..... del año ....., en el transcurso de la mañana, el Equipo Técnico designado y autorizado de la Dirección de Servicios de Salud de la Dirección Regional de Salud Junín, efectuará la Verificación Sanitaria extraordinario, a la IPRESS/SMA....., de su representada, 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.

En espera de que se brinde todas las facilidades para que el personal pueda realizar su trabajo, es cuanto notifico y expongo a usted.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL JUNIN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN  
.....  
M.C. Daniel J. Escobar Quispe  
C.M.P. 75576  
DIRECTOR 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"

**NOTIFICACIÓN N° .....****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 comunicarle que, de conformidad con el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado con D.S.013-2006-SA, Notifico a usted, que el **día .... del mes ..... del año .....**, en el transcurso de la mañana, el Equipo Técnico designado y autorizado de la Dirección de Servicios de Salud de la Dirección Regional de Salud Junín, efectuará la **Verificación Sanitaria ordinario**, a la IPRESS/SMA....., de su representada, 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.

En espera de que se brinde todas las facilidades para que el personal pueda realizar su trabajo, es cuanto notifico y expongo a usted.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN  
.....  
M.C. **Quispe**  
C.M.P. 75576  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN  
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)