

SOLICITUD DE TERMINO DE SERUMS

SEÑOR DIRECTOR DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO

Yo.

De Profesión

identificado(a) con D.N.I. N° Colegio Nro

Titulado(a) de la Universidad.

con Domicilio en

Distrito:..... Provincia Región:.....

Telf./Cel. correo electrónico

Ante usted, con el debido respeto me presento y digo:

Que habiendo culminado mi SERUMS, según ley 23330, RM. N° 1159-2017/MINSA e Instructivo, en:

El EE. SS.:..... ubicado en el Distrito de:.....

Provincia:..... Región de Puno, en la Modalidad.

INSTITUCIÓN / RED de SALUD:..... Durante el PERIODO

del:..... al:..... ,

Es que SOLICITO a Usted, ordene a quien corresponda se me Expida la RESOLUCIÓN DE TERMINO DE SERUMS, para lo cual adjunto los siguientes documentos exigidos:

- Constancia de término de SERUMS, expedida por el jefe de establecimiento donde se realizó el SERUMS.
- Constancia de no adeudar ningún bien al establecimiento de salud donde realizo su servicio profesional otorgada por el Jefe de Establecimiento de salud o por el jefe de la Microred correspondiente.
- INFORME FINAL VIRTUAL SERUMS. Con la validación del responsable de estadística del establecimiento o el que haga sus veces.
- Justificación: Declaración Jurada Legalizada por Notario Público (Si no se tramito pasado un año calendario de la fecha de termino).

POR LO EXPUESTO:

A Usted Señor Director ruego acceder a mi solicitud por ser de Ley.

Puno.de.....20...

DNI N°: