**SOLICITO: RESOLUCIÓN DE TERMINO DE**

 **SERUMS**

Señor:

**Dr. PEDRO ALEJANDRO CRUZADO PUENTE**

**DIRECTOR REGIONAL DE SALUD AMAZONAS.**

Presente;

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con documento de identidad Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de profesión \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; número de colegiatura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio legal en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, número de teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con el debido respeto me presento y expongo:

Que habiendo realizado el Servicio Rural Urbano Marginal de Salud – SERUMS proceso 2022-II; en la modalidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en el EESS de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del distrito de \_\_\_\_\_\_\_\_, de la provincia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en el periodo del 01 de Octubre de 2022 al 30 de Setiembre de 2023; y cumpliendo con los requisitos solicitados para tal fin:

**SOLICITO** a usted, ordenar a quien corresponda se expida la **RESOLUCION DE TERMINO DE SERUMS** correspondiente; acto que espero alcanzar por ser de justicia.

Chachapoyas, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2023.

Firma y post firma

**FORMATO: ACTA DE ENTREGA DE CARGO**

Reunidos en el local institucional del EESS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Microred de salud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la Red de Salud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ jefe de EESS, con la finalidad de realizar la entrega de cargo.

1.- Generalidades:

Lugar : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hora : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entidad : DIRES AMAZONAS

Dependencia : GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS

Sustento : PROVEIDO N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE INICIO DE SERUMS PERIODO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2.- Datos del Cargo que se entrega:

Denominación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.- Datos del trabajador que entrega cargo:



Apellidos y Nombres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Condición Laboral : CONTRATO SERUMS

Tiempo de servicio : 12 meses

4.- Actividades pendientes: (detallar).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.- Mobiliario y bienes: (que tuvo a su cargo).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.- Datos del trabajador que recibe el Cargo:

Apellidos y Nombres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Condición Laboral : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tiempo de servicio : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se firma en señal de conformidad siendo las \_\_\_\_\_\_ horas del mismo día y año.



Firma del trabajador que recibe cargo Firma del trabajador que entrega cargo

DNI N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chachapoyas, 01 de Octubre del 2023

INFORME Nº. 001-2023-SERUMS-AMAZONAS/(SIGLAS DE LA IPRESS)/(SIGLAS DEL PROFESIONAL)

A : Lic. VIOLETA RAMOS OC

 Jefe del Centro de Salud Molinopampa

DE : CD. Jose Arevalo Aguirre

 Serumista Proceso 2022-II

ASUNTO : INFORMA ESTRATEGIAS ASIGNADAS

FECHA : Chachapoyas, 01 de Octubre de 2023.

 --------------------------------------------------------------------------------------------------------

Con especial consideración me dirijo al Despacho de su digno para expresarle mi cordial saludo y del mismo modo tengo a bien informarle las estrategias que mi persona tuvo a cargo, las que son:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Para que pueda dar conocimiento al profesional de la salud (SERUMS) entrante.

Estrategia A:

Estrategia B:

Me suscribo de usted, no sin antes agradecer su deferencia.

**CONSTANCIA DE NO ADEUDAR BIENES**



LOS QUE AL FINAL SUSCRIBEN RESPONSABLE DE PATRIMONIO Y JEFE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: **MOLINOPAMPA** UBICADO EN EL DISTRITO DE **MOLINOPAMPA** DE LA PROVINCIA DE **CHACHAPOYAS**, MICRO RED DE SALUD **MOLINOPAMPA** DE LA **RED INTEGRADA DE SALUD CHACHAPOYAS.**

**DEJA CONSTANCIA QUE EL/LA SENOR(A) (ITA):**

LUIS JAVIER GUEVARA MELENDEZ

PROFESIONAL SERUMS DE: **ODONTOLOGIA**, IDENTIFICADO CON DNI Nº **71523548**, EN LA MODALIDAD: **SERUMS REMUNERADO.**

**NO ADEUDA BIENES** A LA INSTITUCION Y QUE HA REALIZADO SU SERUMS EN EL PROCESO **2022-II,** EN EL PERIODO DEL **01** DE **OCTUBRE** DE **2022** AL **30** DE **SETIEMBRE** DE **2023** EN FORMA SATISFACTORIA.

FIRMANDO LA PRESENTE A SOLICITUD DEL INTERESADO; PARA LOS FINES DE TRAMITE DE TERMINO DE SERUMS.

FIRMADO A LOS **04** DIAS DEL MES DE **OCTUBRE** 2023; EN LA LOCALIDAD DE **MOLINOPAMPA**.

FIRMA Y SELLO DE JEFE DE ESTABLECIMIENTO O MICRORED

Nº DNI: …………………………..

FIRMA Y SELLO DE RESPONSABLE DE PATRIMONIO

Nº DNI: …………………………..

**CONSTANCIA DE TERMINO DE SERUMS**



LOS QUE AL FINAL SUSCRIBEN RESPONSABLE DE ASISTENCIA Y JEFE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: **MOLINOPAMPA** UBICADO EN EL DISTRITO **MOLINOPAMPA** DE LA PROVINCIA DE **CHACHAPOYAS**, MICRO RED DE SALUD **MOLINOPAMPA** DE LA **RED** **INTEGRADA DE SALUD CHACHAPOYAS.**

**DEJA CONSTANCIA QUE EL/LA SENOR(A) (ITA):**

LUIS JAVIER GUEVARA MELENDEZ

PROFESIONAL SERUMS DE: **ODONTOLOGIA**, IDENTIFICADO CON DNI Nº **71523548**, EN LA MODALIDAD: **SERUMS REMUNERADO**

**NO ADEUDA DIAS** A LA INSTITUCION Y QUE HA REALIZADO SU SERUMS EN EL PROCESO **2022-II,** EN EL PERIODO DEL **01** DE **OCTUBRE** DE **2022** AL **30** DE **SETIEMBRE** DE **2023** EN FORMA SATISFACTORIA.

FIRMANDO LA PRESENTE A SOLICITUD DEL INTERESADO; PARA LOS FINES DE TRAMITE DE TERMINO DE SERUMS.

FIRMADO A LOS **04** DIAS DEL MES DE **OCTUBRE** 2023; EN LA LOCALIDAD DE **MOLINOPAMPA**.

FIRMA Y SELLO DE JEFE DE ESTABLECIMIENTO O MICRORED

Nº DNI: …………………………..

FIRMA Y SELLO DE RESPONSABLE DE ASISTENCIA

Nº DNI: …………………………..