

ANEXO XI

**MODELO DE CARTA DE COMUNICACIÓN DE CAMBIO DE RESPONSABLE DE MEDICINA
OCUPACIONAL U OTRO PERSONAL DE SALUD**

....., de del 20.....

Señor (a)

Director Regional De Salud Cajamarca

Con atención:

Unidad de Salud Ocupacional

Presente.

Asunto : Comunicamos cambio de (*Responsable de Medicina Ocupacional/Personal de Salud*) del establecimiento de salud

Referencia : Resolución Directoral Sectorial N°2019-GR.CAJ/DRSC-DESA-USO.

De mi especial consideración,

Me dirijo a usted, en relación a la condición de establecimiento de salud (*Razón social de la empresa*) acreditado por la Dirección Regional de Salud Cajamarca (DIRESA Cajamarca), otorgado a través de la Resolución Directoral Regional Sectorial N°-2019-GR.CAJ/DRSC-DESA-USO de fecha de de

Al respecto, en virtud a la normativa vigente, cumplimos con informar a su Despacho el cambio de (*responsable de Medicina Ocupacional/Personal de Salud*) del establecimiento ubicado en, distrito de, provincia de y departamento de, a partir del de del año en curso, conforme el siguiente detalle:

Personal saliente	Personal entrante
Dr.	Dr.
Cargo:	Cargo:

En ese sentido cumplimos con remitir adjunto a la presente carta documentos del nuevo personal ingresante a nuestro establecimiento, en función a la actividad a desarrollar, con los cuales acreditamos que cumple con el perfil y requisitos necesarios para ocupar dicho cargo.

Documentos que se adjunta:

- Curriculum vitae actualizado, firmado y documentado del nuevo (*Responsable de Medicina Ocupacional/Personal de Salud*).
- Copia del Título, copia de la constancia de Habilidad vigente del nuevo (*Responsable de Medicina Ocupacional/Personal de Salud*).

- Capacitaciones en Salud Ocupacional (de acuerdo a la actividad a desarrollar)
- Constancia de experiencia laboral
- Copia del contrato laboral que acredita el vínculo laboral del nuevo (Responsable de Medicina Ocupacional/Personal de Salud) con el SSO.
- Otros según requisitos estipulados según la actividad a desarrollar

Finalmente, solicito tenga por presentada oportunamente la información referida al cambio o modificación de los datos bajo los cuales se nos otorgó el Registro de Acreditación vigente, para los fines que estime pertinentes.

Sin otro particular, quedo de usted, expresándole mis sentimientos de consideración y estima.

.....
Gerente General
(Razón social de la empresa)

Nota: En caso de cambiar el médico responsable de Medicina Ocupacional, solicitar el cambio de la resolución que se otorgó el permiso