**OFICIO << Número de Documento del establecimiento de salud >>**

**Tumbes, 00 de MES del 2019**

**Ing.**

**MG.ING. HELAR HERBOZO VENTOSILLA**

**Director General**

**Oficina General de Tecnologías de la Información OGTI**

**Ministerio de Salud.**

Presente.-

**Solicitó : Corrección de código de local RENIPRESS en Certificado Nacido Vivo**

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y solicitarle la corrección de Código RENIPRESS para el Cambio de Nombre de Establecimiento por las siguientes razones:

Es de conocimiento que los usuarios no deben utilizar sus accesos en otro equipo y/o establecimiento que no sea el de sala de parto donde se encuentre laborando bajo responsabilidad, motivo por el cual erradamente el profesional (**nombres y apellidos completos**), con DNI Nª **\*\*\*\*\*\*\*\***, Colegiatura Nª **\*\*\*\*\*\*\*\***; quien labora actualmente en el establecimiento (**dato EESS)**, con código **RENIPRESS N° \*\*\*\*\*\***, el día 00/00/2019 registro (**cantidad de certificados, ejemplo 01,03,etc**) Certificado de Nacido Vivo, utilizando su acceso de otro establecimiento en el que actualmente viene laborando, motivo por el cual se generaron el(los) siguientes CNV, solicitando a usted la corrección de lo siguiente

***El CNV registrado errado DICE:***

* ***Nombre de Establecimiento:***

**00001908** SAÚL GARRIDO ROSILLO AMERICA / PERU / TUMBES / TUMBES / TUMBES CALLE 24 DE JULIO 565 TUMBES.

* ***(Indicar cantidad de Certificados) certificados a CORREGIR nombre de establecimiento:***

1002737497 Palomino Contreras Melany Christina DNI 74918147

* Con fecha del Parto : 23/07/2019

1002737515 Rivas Sanchez Stefani Luceli DNI 48049450

* Con fecha del Parto : 24/07/2019

***EL CNV DEBE DECIR :***

* ***Nombre de Establecimiento:***

**00017077** HOSPITAL REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA AMERICA / PERU / TUMBES / TUMBES / TUMBES AV. PROL. FERNANDO BELAUNDE NRO. S/N A.H. CIUDADELA NOE III ETAPA TUMBES

Por lo expuesto agradeceré se sirva coordinar con quien corresponda realizar las modificaciones de los CNV indicados, remitimos documento al correo [**nacimientos@minsa.gob.pe**](mailto:nacimientos@minsa.gob.pe)**:** en forma ***ESCANEADA***.

**Datos del Supervisor Designado:**

**Nº DNI:**

**Profesión**

**Cargo**

Agradeciendo la atención a la presente quedo de Ud.

Atentamente,

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

Sello y firma legible del Jefe del

Establecimiento de Salud