PERÚ | Ministerio de Salud | Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

FORMATO N° 04

RELACION DE RECURSOS HUMANOS (PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL)

La información consignada tiene carácter de Declaración Jurada

Nombre del Establecimiento de Salud: ……..
Dirección: ……..
Fecha: ……/……/……

N°	Nombres y Apellidos	DNI	Profesión	N° Colegiado	Especialidad	N° Registro de Especialidad	Habilidad Vigente	
							SI	NO

……
Responsable de la Atención de Salud
DNI N°……..