Fecha: Lima, 04 de marzo del 2020.

Documento: ………………………………………

Señor/a M.C.

**ROSA BERTHA GUTARRA VÍLCHEZ**

Director/a General

Dirección General de Personal de la Salud

Ministerio de Salud

Av. Arequipa N° 810. 4to piso. Lima

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Asunto** | : | Solicito opinión favorable para la suscripción de Convenio Específico de Cooperación Docente Asistencial entre el **Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas** y la Facultad de **MEDICINA HUMANA** de la Universidad **DE SAN MATIN DE PORRES** |

Por el presente documento le expreso mi cordial saludo y, en atención al asunto de la referencia, remito el precitado proyecto de **Convenio Específico**, con la información y documentación requerida, según lista de requisitos. Este convenio tiene por objetivo crear el marco de cooperación entre las partes, para la adecuada formación y capacitación de los estudiantes de salud.

Información complementaria:

Datos del responsable del trámite:

Nombres y apellidos: **M.C. Yrma Quispe Zapana** Cargo: Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de

Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada Correo electrónico: [yquispez@incn.gob.pe](mailto:yquispez@incn.gob.pe)

Número telefónico/anexo: 411 7798 - . N° de telefonía móvil: 975-131-080.

En espera de respuesta a lo solicitado, quedo de usted.

[Firma y sello de la autoridad solicitante]

……………………………………………………………………….

M.C. Pilar Elena Mazzetti Soler

Directora General

Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.