## ANEXO 01: “Carta de Presentación de Verificación”

**hghghghgh**

Carta N° **${ordenV}**

**${DISTRITO\_emp}, Lima**

**Señor(es):**

**${nombreEntidad}**

**RUC ${eempleadora}**

**${DIRECCION\_emp} - ${DEPARTAMENT\_emp}** - **${PROVINCIA\_emp}** - **${DISTRITO\_emp}**

Representante Legal:

Documento de Identidad:

Presente.-

Por el presente nos dirigimos a ustedes en relación a nuestra Orden de Verificación N° **${ordenV}** de fecha **${fechaEmision}**, con la finalidad de presentar al personal verificador que iniciará el procedimiento de verificación de la condición de asegurados del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud y de otros regímenes administrados por EsSalud.

|  |  |
| --- | --- |
| Verificador | Tipo y número del Documento de Identidad |
| **${apellidonombre}** | **${dni\_v1}** |
| **${apellidonombre2}** | **${dni\_v2}** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Si usted desea confirmar la identidad de los servidores designados, podrá acceder a la siguiente dirección electrónica <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>

y/o comunicarse telefónicamente al número (Teléfono y anexo de la OSPE) en el horario de (colocar horario de atención), a efectos de confirmar su identidad.

Atentamente,

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

Firma y Sello del Jefe de UCF u OSPE, según el tipo de oficina