

## ANEXO - SUMAR CAMBIO DE REFERENTE

La Secretaria de Salud del Municipio de.....  
representada en este acto por el/la Secretario/a de Salud Dr./a.....  
....., con domicilio en la calle  
.....(en adelante el ENTE  
ADMINISTRADOR) y el EFECTOR.....  
....., CUIE B-.....  
representado en este acto por.....

..... DNI..... suscriben el siguiente Anexo :

**PRIMERO:** Que con fecha.....la Municipalidad de.....  
....., la Secretaría de Salud del Municipio y el EFECTOR  
han suscripto con la UIP Provincial los respectivos Convenios de Administración de  
Fondos y Compromisos de Gestión en el marco de PACES-SUMAR.

**SEGUNDO:** Que se notifica a la UIP la designación del nuevo responsable del  
PRESTADOR cuyos datos se consignan en el encabezamiento del presente, quien  
declara conocer y aceptar íntegramente el contenido del Compromisos de Gestión y  
Convenio de Administración de Fondos celebrado, como así la normativa de PACES-  
SUMAR, obligándose al estricto cumplimiento de su disposiciones.

**TERCERO:** El EFECTOR solicita recibir las comunicaciones y notificaciones  
vinculadas a PACES-SUMAR en las direcciones contenidas en el compromiso de  
gestión y convenio de administración celebrados y notifica como nuevo correo  
electrónico el siguiente: .....

En prueba de conformidad, se firma el presente a los .....días del mes  
de.....de .....

Firma y aclaración  
Secretario de Salud

Firma y aclaración  
Responsable Prestador