



Señor(a) Director(a) General de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

Atención: Dirección Ejecutiva de Monitoreo y Gestión Sanitaria

S.D.

Yo,, identificado con DNI N°, con RUC N°, me dirijo a usted, en mi condición de representante legal, para Comunicar INICIO DE ACTIVIDADES, de la IPRESS (establecimiento de salud / servicio médico de apoyo) cuyas características detallo a continuación:

Datos del Establecimiento de Salud / Servicio Médico de Apoyo:			
Nombre Comercial:		Teléfonos:	
Dirección Completa:		Distrito:	
Correo Electrónico:		PUBLICO <input type="checkbox"/>	PRIVADO <input type="checkbox"/>
CLASIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO	<input type="checkbox"/> Establecimiento de Salud sin Internamiento	<input type="checkbox"/> Consultorio de profesional de la Salud (no médico cirujano) I-1	<input type="checkbox"/> Centro Médico I-3
		<input type="checkbox"/> Consultorio Médico I-2	<input type="checkbox"/> Centro Médico Especializado I-3
		<input type="checkbox"/> Policlínico I-3	<input type="checkbox"/> Centro Odontológico I-3
	<input type="checkbox"/> Establecimiento de Salud con Internamiento	<input type="checkbox"/> Centro Médico con camas de internamiento I-4	<input type="checkbox"/> Clínica II-E
		<input type="checkbox"/> Clínica II-1	<input type="checkbox"/> Clínica III-1
		<input type="checkbox"/> Clínica II-2	<input type="checkbox"/> Clínica III-E
	<input type="checkbox"/> Servicio Médico de Apoyo	<input type="checkbox"/> Patología Clínica y anatomía patológica	<input type="checkbox"/> Colposcopia
		<input type="checkbox"/> Diagnóstico por imágenes	<input type="checkbox"/> Hemodiálisis
		<input type="checkbox"/> Servicio de Traslado de Pacientes	<input type="checkbox"/> Medicina Física y Rehabilitación
		<input type="checkbox"/> Centros Ópticos	<input type="checkbox"/> Medicina Hiperbárica
		<input type="checkbox"/> Laboratorio de Prótesis Dental	<input type="checkbox"/> Medicina Nuclear
		<input type="checkbox"/> Ortopedias	<input type="checkbox"/> Litotricia
		<input type="checkbox"/> Servicio de Podología	<input type="checkbox"/> Radioterapia
		<input type="checkbox"/> Centro de Medicina Alternativa	<input type="checkbox"/> Otros
	<input type="checkbox"/> Centro de Vacunación		
Grupo Objetivo:		Horario de Atención:	Nº de Ambientes:
Servicios que Brinda			
Especialidades que Brinda			

Lo que informo a usted para las acciones correspondientes.

Lugar y Fecha

PROPIETARIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL EESS O SMA

DIRECTOR TECNICO / RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

Nombre: _____

Nombre: _____

DNI: _____

DNI: _____

Dirección Actual: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____