



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

SOLICITUD DE CATEGORIZACION / RECATEGORIZACION
(Solicitud con Carácter de Declaración Jurada)

SOLICITO:

- Categorización / Recategorización de Establecimientos de Salud sin internamiento
- Categorización / Recategorización de establecimientos de salud con internamiento
- Categorización de Servicios Médicos de Apoyo

Atención: Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria

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

Yo, identificado con D.N.I.
..... Registro Único de Contribuyente (RUC) N°

Que habiendo cumplido con la comunicación por Inicio de Actividades y en el marco de lo indicado en el art. 8º del D.S. N° 013-2006 "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo" y los alcances del D.S. N° 001-2016-SA que aprueba el Texto Único de Procedimientos Administrativos y sus modificatorias, **SOLICITO LA CATEGORIZACION / RECATEGORIZACION** de la IPRESS:

Datos del Establecimiento de Salud y/o Servicio Médico de Apoyo:	
Nombre Comercial:	Teléfonos:
Dirección Completa:	Distrito:
Referencia de Ubicación:	
Código Tramite RENIPRESS: LME	PUBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/>
Número de Boleta de pago:	Fecha de pago:/...../.....

Por tanto:

A usted señor director, solicito atender mi petición por ser de justicia.

El Agustino, de de 20.....

PROPIETARIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL EESS O SMA

Nombre: _____

DNI: _____

Dirección Actual: _____

Teléfono: _____

DIRECTOR TECNICO / RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN DEL EESS O SMA

Nombre: _____

DNI: _____

Teléfono: _____