



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

SOLICITUD DE ACTUALIZACION DE DATOS
(Solicitud con carácter de declaración jurada)

....., dedel 20.....

Señor(a) Director(a)
Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este.
Avenida Cesar Vallejo S/N
El Agustino.

ASUNTO (marcar con X donde corresponde):

- Solicito actualización de datos en RENIPRESS para **Recategorización** de Establecimiento de Salud / Servicio Médico de Apoyo.
- Solicito actualización de datos el RENIPRESS para **Modificación de Datos** de Establecimiento de Salud / Servicio Médico de Apoyo.

De mi consideración:

Quien suscribe,, identificado(a) con DNI N°, en mi condición de representante legal de la IPRESS (establecimiento de salud / Servicio Médico de Apoyo) “.....”, con Código Único RENIPRESS N°, con dirección en, distrito de, provincia y departamento de Lima, **solicito actualización de datos en el RENIPRESS**, para ello presento al (la) Sr(a), con DNI N°, como responsable de la ACTUALIZACION DE DATOS EN EL RENIPRESS de mi establecimiento de salud / Servicio Médico de Apoyo, cumpliendo con lo dispuesto en la normatividad legal vigente.

Agradeciendo la atención brindada al presente.

Firma del representante legal del EESS o SMA

Nombre y Apellidos:

DNI:

Dirección:

Celular:

Correo electrónico:

Adjunto:

- Copia simple del RUC
- Copia simple del DNI del propietario o representante legal