



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

SOLICITUD DE MODIFICACION DE RD DE CATEGORIA
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 modificación de RD de categoría por incremento / disminución de servicios.
- Solicito modificación de RD de categoría por error material.
- Solicito modificación de RD de categoría por

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, ante ud. Expongo.

Que habiendo categorizado la IPRESS que represento, con Resolución Directoral N°, solicito la modificación de dicha resolución por el motivo expuesto en el asunto.

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