



Señor Director Ejecutivo de la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria
Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

S.D.

Yo, con RUC / DNI N°.....
(Nombre y Apellido de la Persona Natural o Persona Jurídica consignado en Ficha RUC)

me dirijo a usted para Comunicar INICIO DE ACTIVIDADES, del establecimiento de salud / servicio médico de apoyo, conforme lo indicado en el Art. 7º 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, D.S N° 006-2017-JUS Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General y R.M 041-2018/MINSA Modificación del TUPA del Ministerio de Salud, cuyas características detallo a continuación:

Datos del Establecimiento de Salud y/o Servicio Médico de Apoyo no Público:			
Nombre Comercial:		Teléfonos:	
Dirección Completa:		Distrito:	
Correo Electrónico:		PUBLICO <input type="checkbox"/>	PRIVADO <input type="checkbox"/>
Código de Trámite RENIPRESS N°			
TIPO DE 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.

Independencia, de de 20.....

PROPIETARIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL EESS O SMA

Nombre:
DNI N°:
Dirección Actual:
Teléfono:

DIRECTOR TECNICO / RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN DE SALUD

Nombre:
DNI N°: