

Formato 02



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte

(Solicitud con Carácter de Declaración Jurada)

SOLICITO:

- CATEGORIZACION O RECATEGORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SIN INTERNAMIENTO
- CATEGORIZACION O RECATEGORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON INTERNAMIENTO
- CATEGORIZACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS DE APOYO

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

S.D.

Yo, con RUC / D.N.I N°
(Nombre y Apellidos de la Persona Natural o Persona Jurídica consignado en ficha RUC)

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, 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, **SOLICITO LA CATEGORIZACION** de:

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

Por tanto:

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

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°: