

**COMUNICACIÓN POR INICIO DE ACTIVIDADES
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO**
(Formato con Carácter de Declaración Jurada)

Señor Director de la Dirección Regional de Salud – Junín

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 y/o Servicio Médico de Apoyo, conforme lo indicado en el Art. 7° del D.S. N° 013–2006–SA “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, cuyas características detallo a continuación:

Datos del Establecimiento de Salud y/o Servicio Médico de Apoyo:			
Nombre Comercial:		Teléfono(s):	
Dirección Completa:		Provincia:	Distrito:
Correo electrónico:		PÚBLICO <input type="checkbox"/>	PRIVADO <input type="checkbox"/>
TIPO DE ESTABLECIMIENTO	EE.SS. sin Internamiento	<input type="checkbox"/> Consultorio de Profesional de la Salud (No médico cirujano) I–1	<input type="checkbox"/> Centro Médico Especializado I–3
		<input type="checkbox"/> Consultorio Médico I–2	<input type="checkbox"/> Policlínico I–3
		<input type="checkbox"/> Centro Médico I–3	<input type="checkbox"/> Centro Odontológico I–3
	EE.SS. con Internamiento	<input type="checkbox"/> Centro Médico con camas de internamiento I–4	<input type="checkbox"/> Clínica de Atención Especializada II–E
		<input type="checkbox"/> Clínica de Atención General II–1	<input type="checkbox"/> Clínica de Atención General III–1
		<input type="checkbox"/> Clínica de Atención General II–2	<input type="checkbox"/> Clínica de Atención Especializada III–E
	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"/> Centros Ópticos	<input type="checkbox"/> Medicina Física y Rehabilitación
		<input type="checkbox"/> Laboratorio de Prótesis Dental	<input type="checkbox"/> Medicina Hiperbárica
		<input type="checkbox"/> Laboratorio Clínico	<input type="checkbox"/> Medicina Nuclear
		<input type="checkbox"/> Ortopedias y Servicios de Podología	<input type="checkbox"/> Litotripsia
		<input type="checkbox"/> Centro de Medicina Alternativa	<input type="checkbox"/> Radioterapia
		<input type="checkbox"/> Centro de Vacunación	<input type="checkbox"/> Establecimiento de recuperación o reposo
		<input type="checkbox"/> Endoscopia	<input type="checkbox"/> Centros para depend. a sust. psicoactivas
<input type="checkbox"/> Atención Domiciliaria o prehospitalaria	<input type="checkbox"/> Otros		
Grupo Objetivo:	Horario de Atención:	N° de Ambientes:	
Servicios que brinda			
Especialidades que brinda			

Lo que informo a usted para las acciones correspondientes.

Huancayo, de del

PROPIETARIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL EE.SS. O S.M.A.
Nombre:
DNI N°:

DIRECTOR MÉDICO / RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN DE SALUD
Nombre:
DNI N°: