



(Solicitud con Carácter de Declaración Jurada)

## SOLICITO:

- ☐ CATEGORIZACIÓN Y REGISTRO DE EE.SS. SIN INTERNAMIENTO  
☐ CATEGORIZACIÓN Y REGISTRO DE EE.SS. CON INTERNAMIENTO  
☐ CATEGORIZACIÓN Y REGISTRO DE SERVICIOS MEDICOS DE APOYO

Señor Director de la Dirección Regional de Salud – Junín

S.D.

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

Que habiendo cumplido con la inscripción del Establecimiento de Salud y/o Servicio Médico de Apoyo 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”, los alcances de la Resolución de Superintendencia N° 004–2021–SUSALUD/S, **SOLICITO LA CATEGORIZACIÓN y REGISTRO** de:

Datos del Establecimiento de Salud y/o Servicio Médico de Apoyo:		
Nombre Comercial:		
Dirección Completa EE.SS.:	Provincia:	Distrito:
Referencia de Ubicación:		
Código de Trámite / Código Único de IPRESS:	PÚBLICO <input type="checkbox"/>	PRIVADO <input type="checkbox"/>
N° Boleta de Pago:	Fecha de Pago:	Teléfono(s):

Adjunto:

- Ficha Web – Categorización y Registro.
- Declaración jurada garantizando la calidad y seguridad de los que servicios que brindo.
- Plano de Ubicación (**REFERENCIAS CLARAS, NO GOOGLE MAPS, NO DIBUJADO**)
- Plano de Distribución de Ambientes con sus áreas correspondientes de la IPRESS.
- Copia del título y de la Constancia de Habilidad del Director Médico o Responsable de la Atención de Salud.
- Relación de Equipamiento.
- Relación de Recursos Humanos (Profesional y No Profesional), de los profesionales adjuntar habilidad.
- Certificado de Compatibilidad de Uso o Licencia Municipal.
- Voucher de pago por derecho de inscripción **S/ 320.72** y categorización de acuerdo a su clasificación \*(Revisar requisitos).

Por tanto:

A usted Señor Director, solicito atender mi petición por ser de justicia.

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°: .....