

(Solicitud con Carácter de Declaración Jurada)

SOLICITO:

- ☐ RECATEGORIZACIÓN DE EE.SS. SIN INTERNAMIENTO
☐ RECATEGORIZACIÓN DE EE.SS. CON INTERNAMIENTO
☐ RECATEGORIZACIÓN 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 Actualización de Datos 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”, **SOLICITO LA RECATEGORIZACIÓN** 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.
- Voucher de pago por concepto de categorización.

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°: