



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. 8° 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 ☐	PRIVADO ☐
N° Boleta de Pago:	Fecha de Pago:	Teléfono(s):

Adjunto: Solicitud de Re categorización dirigida al Director Regional (FORMATO N° 02)

- Ficha Web - Categorización y Registro del RENIPRESS.
- Declaración Jurada de cumplimiento de condiciones de calidad y seguridad de los servicios de salud, conforme al D.S. N.° 013-2006-SA y normativa vigente aplicable a IPRESS (Formato N.° 03).
- Plano de ubicación de la IPRESS, suscrito por Arquitecto o Ingeniero Civil, con referencias claras de localización y accesibilidad. No se aceptan capturas de Google Maps ni planos a mano alzada.
- Plano de distribución de ambientes de la IPRESS, elaborado y suscrito por Arquitecto o Ingeniero Civil, indicando la distribución, identificación y áreas correspondientes de cada ambiente.
- 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**, adicionado Voucher de pago por categorización Costo de trámite: EE.SS. sin internamiento (S/ 540.09), con internamiento (S/ 791.76) y Servicios Médicos de Apoyo (S/ 507.97). Depósito en la Cta. Cte. BN N.° 00-381-021912 y adjuntar voucher original.
- Adjuntar copia de INICIO DE ACTIVIDADES /OBLIGATORIO.

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°:

Dirección: Jr. Julio C. Tello N° 488. El Tambo – Huancayo

DIRECTOR MÉDICO/RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN DE SALUD

Nombre:

DNI N°:

Central Telefónica: 064-481270 Anexo 206