

**ASUNTO: SOLICITO CATEGORIZACION DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

Establecimiento Público

Establecimiento Privado

Señor  
Gerente Regional de Salud Arequipa  
Sr. Dr.

Yo:..... identificado con DNI  
N°..... Director Médico ( ), ó Representante Legal ( ) del Establecimiento de Salud  
ó Servicio Médico de Apoyo ( ) denominado  
..... con código  
RENIPRESS....., Registro Único de Contribuyente (RUC) N° ..... ubicado  
en....., ante usted me presento y  
digo:

En cumplimiento de lo establecido en el Art. 7° del Decreto supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, solicito a usted la **Categorización/Recategorización** ( ) del Establecimiento ó Servicio Médico de apoyo arriba indicado aspirando a la **categoría** .....

En tal sentido, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que los datos proporcionados se rigen de acuerdo al Principio de presunción de veracidad consagrado en el inciso 1.7. Art. IV del Título Preliminar y del Art. 42° Capítulo I del título II de la Ley 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General y haber cumplido con todos los requisitos establecidos en el TUPA; dejando constancia que asumo cualquier tipo de responsabilidad de índole administrativo o judicial que pudiera generar el procedimiento solicitado.

En tal virtud adjunto ficha RENIPRESS.

**POR LO EXPUESTO:**

Es gracia que espero alcanzar, por ser de justicia.

Arequipa, ..... de..... del.....

Propietario o Representante Legal

Director Médico del EE. SS o S.M.A

Nombre: .....

Nombre: .....

DNI N° .....

DNI N° .....

**Teléfono Fijo/ celular:** (colocar nombre y número de la persona responsable de coordinar el proceso)