***SOLICITO: RECATEGORIZACION DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD / SERVICIO MEDICO DE APOYO***

***Señor:***

*……………………………………………………………………*

***Director de la Dirección Regional de Salud Piura***

***Presente***

*Yo……………………………………………………………………………………… con DNI N° , en mi calidad de representante legal y ……………………………………………………………………………………………………………..*

 *(Nombre del Director Médico o Responsable de la atención)*

*con DNI N°……………………………………………, ante usted respetuosamente nos presentamos y exponemos:*

*Que en cumplimiento a la normatividad vigente y en sujeción al Procedimiento Administrativo de Categorización y Registro de nuestra Institución Prestadora de Servicios de Salud denominada ........................................................................................................................., Ubicada en la Calle/Avenida/Jirón ...................................................................................... , Distrito de ................... y Provincia de .........,,....... , requerida para la operación y funcionamiento de la misma, es que recurro a su Despacho a fin de que sirva disponer a quien corresponda se nos asigne la Categoría ............................. y el Código Único correspondiente mediante el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud RENIPRESS a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud SUSALUD, para lo cual adjuntamos los siguientes requisitos:*

1. *Ficha de Registro y Categorización Web RENIPRESS SUSALUD, regístrate aquí.* [*https://acortar.link/8AwYjx*](https://acortar.link/8AwYjx)
2. *Copia de la última Resolución de categorización del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo*
3. *Comprobante de Pago del Procedimiento Administrativo según TUPA vigente.*

*Es justicia que espero alcanzar.*

 *Piura, ......... de ......................... de 20………*

Atentamente;

 ................................................................ ...................................................................................

 Representante Legal Director Médico o Responsable de la Atención

 DNI Nº DNI Nº