***SOLICITO: CATEGORIZACION 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. *Constancia de recepción de la Comunicación de Inicio de Actividades*
2. *Ficha de Registro y Categorización Web RENIPRESS.*
3. *Comprobante de Pago del Procedimiento Administrativo según TUPA vigente.*

*Es justicia que espero alcanzar.*

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