**SOLICITA CATEGORIZACION Y REGISTRO DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD ..................... (Nombre de la IPRESS)**

**SEÑOR**

**DIRECTOR REGIONAL DE SALUD CUSCO**

Avenida de la Cultura s/n

**CIUDAD.-**

(Nombre del Representante Legal) identificado(a) con DNI N° ....................., en mi calidad de Representante Legal y (Nombre del Director Médico o Representante de la Atención en Salud) identificado(a) con DNI Nº ............................. , con Domicilio Legal en .............................. , 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 ....................... , N° ............... , 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. Nómina de Profesionales de Salud señalando Profesión, Número de Colegiatura, Número de Registro de Especialidad y Número de Constancia de Habilidad Profesional en vigencia.
2. Relación de Equipamiento (biomédicos, de seguridad y otros de acuerdo a la naturaleza de sus actividades).
3. Compatibilidad de Uso otorgada por la Municipalidad de la jurisdicción correspondiente.
4. Plano Básico de Distribución de Ambientes de la IPRESS.
5. Mapa de ubicación de la IPRESS.
6. Ficha de Inscripción Web impresa del Archivo PDF obtenido del Aplicativo Web RENIPRESS de la Superintendencia Nacional de Salud SUSALUD.
7. Comprobante de Pago del Procedimiento Administrativo según TUPA vigente.

En tal sentido, el Procedimiento Administrativo de Categorización y Registro de IPRESS solicitado es concordante con el DS N° 013-2006-SA, la RM N° 546-2011/MINSA, la RM N° 076-2014/MINSA y la RDS N° 053-2015-SUSALUD/S, bajo nuestro conocimiento. (Según corresponda) Por tanto declaramos que nuestra IPRESS posee las siguientes Unidades Productoras de Servicios de Salud y Actividades correspondientes a otras Categorías, para la respectiva Verificación Sanitaria:

a)

b)

Es justicia que espero alcanzar.

Cusco, ......... de ............................. de 2019

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

Representante Legal Director Médico o Responsable de la Atención

CMP Nº CMP Nº

DNI Nº DNI Nº

**SOLICITA MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD ..................... (Nombre de la IPRESS)**

**SEÑOR**

**DIRECTOR REGIONAL DE SALUD CUSCO**

Avenida de la Cultura s/n

**CIUDAD.-**

(Nombre del Representante Legal) identificado(a) con DNI N° ....................., en mi calidad de Representante Legal y (Nombre del Director Médico o Representante de la Atención en Salud) identificado(a) con DNI Nº ............................. , con Domicilio Legal en .............................. , ante Usted respetuosamente nos presentamos y exponemos:

Que en cumplimiento a la normatividad vigente y en sujeción al Procedimiento Administrativo de Modificación de Información de nuestra Institución Prestadora de Servicios de Salud denominada ..........................., ubicada en la Calle/Avenida/Jirón ....................... , N° ............... , 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 modifique la información en el RENIPRESS de SUSALUD, que a continuación se detalla:

1. (Según corresponda) Modificación de la Nómina de Profesionales de Salud señalando Profesión, Número de Colegiatura, Número de Registro de Especialidad y Número de Constancia de Habilidad Profesional en vigencia.
2. (Según corresponda) Modificación de la Relación de Equipamiento Biomédico, de seguridad y otros.
3. Copia simple de la Licencia de Funcionamiento Municipal.
4. (Según corresponda) Modificación del Plano Básico de Distribución de Ambientes de la IPRESS.
5. Ficha de Actualización Web impresa del Archivo PDF obtenido del Aplicativo Web RENIPRESS de la Superintendencia Nacional de Salud SUSALUD.
6. Comprobante de Pago del Procedimiento Administrativo según TUPA vigente.

En tal sentido, el Procedimiento Administrativo de Categorización y Registro de IPRESS solicitado es concordante con el DS N° 013-2006-SA, la RM N° 546-2011/MINSA, la RM N° 076-2014/MINSA y la RDS N° 053-2015-SUSALUD/S, bajo nuestro conocimiento. (Según corresponda) Por tanto declaramos que nuestra IPRESS posee las siguientes Unidades Productoras de Servicios de Salud y Actividades correspondientes a otras Categorías, para la respectiva Verificación Sanitaria:

a)

b)

Es justicia que espero alcanzar.

Cusco, ......... de ............................. de 2019

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

Representante Legal Director Médico o Responsable de la Atención

CMP Nº CMP Nº

DNI Nº DNI Nº

**SOLICITA RECATEGORIZACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD ..................... (Nombre de la IPRESS)**

**SEÑOR**

**DIRECTOR REGIONAL DE SALUD CUSCO**

Avenida de la Cultura s/n

**CIUDAD.-**

(Nombre del Representante Legal) identificado(a) con DNI N° ....................., en mi calidad de Representante Legal y (Nombre del Director Médico o Representante de la Atención en Salud) identificado(a) con DNI Nº ............................. , con Domicilio Legal en .............................. , ante Usted respetuosamente nos presentamos y exponemos:

Que en cumplimiento a la normatividad vigente y en sujeción al Procedimiento Administrativo de Recategorización de nuestra Institución Prestadora de Servicios de Salud denominada ..........................., ubicada en la Calle/Avenida/Jirón ....................... , N° ............... , 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 ............................., para lo cual adjuntamos los siguientes requisitos:

1. Nómina de Profesionales de Salud señalando Profesión, Número de Colegiatura, Número de Registro de Especialidad y Número de Constancia de Habilidad Profesional en vigencia.

2. Relación de Equipamiento (biomédicos, de seguridad y otros de acuerdo a la naturaleza de sus actividades).

3. Copia simple de la Licencia de Funcionamiento Municipal.

4. Plano Básico de Distribución de Ambientes de la IPRESS.

5. Mapa de ubicación de la IPRESS.

6. Ficha de Actualización Web impresa del Archivo PDF obtenido del RENIPRESS de la Superintendencia Nacional de Salud SUSALUD.

7. Comprobante de Pago del Procedimiento Administrativo según TUPA vigente.

En tal sentido, el Procedimiento Administrativo de Categorización y Registro de IPRESS solicitado es concordante con el DS N° 013-2006-SA, la RM N° 546-2011/MINSA, la RM N° 076-2014/MINSA y la RDS N° 053-2015-SUSALUD/S, bajo nuestro conocimiento. (Según corresponda) Por tanto declaramos que nuestra IPRESS posee las siguientes Unidades Productoras de Servicios de Salud y Actividades correspondientes a otras Categorías, para la respectiva Verificación Sanitaria:

a)

b)

Es justicia que espero alcanzar.

Cusco, ......... de ............................. de 2019

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

Representante Legal Director Médico o Responsable de la Atención

CMP Nº CMP Nº

DNI Nº DNI Nº

**SOLICITA RETIRO VOLUNTARIO DEL REGISTRO NACIONAL DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD ..................... (Nombre de la IPRESS)**

**SEÑOR**

**DIRECTOR REGIONAL DE SALUD CUSCO**

Avenida de la Cultura s/n

**CIUDAD.-**

(Nombre del Representante Legal) identificado(a) con DNI N° ....................., en mi calidad de Representante Legal y (Nombre del Director Médico o Representante de la Atención en Salud) identificado(a) con DNI Nº ............................. , con Domicilio Legal en .............................. , ante Usted respetuosamente nos presentamos y exponemos:

Que en cumplimiento a la normatividad vigente y en sujeción al Procedimiento Administrativo de Retiro Voluntario del Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud RENIPRESS de nuestra Institución denominada ..........................., ubicada en la Calle/Avenida/Jirón ....................... , N° ............... , Distrito de ................... y Provincia de .........,,....... , es que recurro a su Despacho a fin de que sirva disponer a quien corresponda dicho Retiro Voluntario, para lo cual adjuntamos los siguientes requisitos:

1. Carta de designación del responsable del Retiro Voluntario de IPRESS emitida por el Representante Legal y el Director Médico o Responsable de la Atención de Salud de la IPRESS.
2. Copia simple del DNI del Representante Legal.

4. Copia simple de la Licencia de Funcionamiento Municipal.

5. Ficha de Retiro Web impresa del Archivo PDF obtenido del Aplicativo Web RENIPRESS de la Superintendencia Nacional de Salud SUSALUD.

6. Comprobante de Pago del Procedimiento Administrativo según TUPA vigente.

En tal sentido, el Procedimiento Administrativo de Categorización y Registro de IPRESS solicitado es concordante con el DS N° 013-2006-SA, la RM N° 546-2011/MINSA, la RM N° 076-2014/MINSA y la RDS N° 053-2015-SUSALUD/S, bajo nuestro conocimiento.

Es justicia que espero alcanzar.

Cusco, ......... de ............................. de 2019

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

Representante Legal Director Médico o Responsable de la Atención

CMP Nº CMP Nº

DNI Nº DNI Nº

**SOLICITA VERIFICACIÓN SANITARIA DE INICIO DE ACTIVIDADES DE UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD O SERVICIO MÉDICO DE APOYO PARA TERCERIZACIÓN Y DE UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD O SERVICIO DE SALUD DE CATEGORÍA SUPERIOR, DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD ..................... (Nombre de la IPRESS)**

**SEÑOR**

**DIRECTOR REGIONAL DE SALUD CUSCO**

Avenida de la Cultura s/n

**CIUDAD.-**

(Nombre del Representante Legal) identificado(a) con DNI N° ....................., en mi calidad de Representante Legal y (Nombre del Director Médico o Representante de la Atención en Salud) identificado(a) con DNI Nº ............................. , con Domicilio Legal en .............................. , ante Usted respetuosamente nos presentamos y exponemos:

Que en cumplimiento a la normatividad vigente y en sujeción al Procedimiento Administrativo de Verificación Sanitaria de Inicio de Actividades (de Unidad Productora de Servicios de Salud o Servicio Médico de Apoyo para Tercerización y de Unidad Productora de Servicios de Salud o Servicio de Salud de Categoría Superior) de nuestra Institución denominada ..........................., ubicada en la Calle/Avenida/Jirón ....................... , N° ............... , Distrito de ................... y Provincia de .........,,....... , es que recurro a su Despacho a fin de que sirva disponer a quien corresponda dicha Verificación Sanitaria, para lo cual adjuntamos los siguientes requisitos:

1. Nómina de Profesionales de Salud señalando Profesión, Número de Colegiatura, Número de Registro de Especialidad y Número de Constancia de Habilidad Profesional en vigencia.
2. Relación de Equipamiento (biomédicos, de seguridad y otros de acuerdo a la naturaleza de sus actividades).
3. Copia simple de la Licencia de Funcionamiento Municipal.
4. Plano Básico de Distribución de Ambientes de la IPRESS.
5. Ficha de Actualización Web impresa del Archivo PDF obtenido del RENIPRESS de la Superintendencia Nacional de Salud SUSALUD.
6. Comprobante de Pago del Procedimiento Administrativo según TUPA vigente.

En tal sentido, el Procedimiento Administrativo de Categorización y Registro de IPRESS solicitado es concordante con el DS N° 013-2006-SA, la RM N° 546-2011/MINSA, la RM N° 076-2014/MINSA y la RDS N° 053-2015-SUSALUD/S, bajo nuestro conocimiento.

Es justicia que espero alcanzar.

Cusco, ......... de ............................. de 2019

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

Representante Legal Director Médico o Responsable de la Atención

CMP Nº CMP Nº

DNI Nº DNI Nº

**SOLICITA SUBSANACIÓN DE OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN SANITARIA DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD ..................... (Nombre de la IPRESS)**

**SEÑOR**

**DIRECTOR REGIONAL DE SALUD CUSCO**

Avenida de la Cultura s/n

**CIUDAD.-**

(Nombre del Representante Legal) identificado(a) con DNI N° ....................., en mi calidad de Representante Legal y (Nombre del Director Médico o Representante de la Atención en Salud) identificado(a) con DNI Nº ............................. , con Domicilio Legal en .............................. , ante Usted respetuosamente nos presentamos y exponemos:

Que en cumplimiento a la normatividad vigente y en sujeción al Procedimiento Administrativo de Subsanación de Observaciones de Verificación Sanitaria de nuestra Institución Prestadora de Servicios de Salud denominada ..........................., ubicada en la Calle/Avenida/Jirón ....................... , N° ............... , 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 realice la Visita de Verificación Sanitaria para Subsanación de Observaciones según fecha consignada en el Acta de Verificación Sanitaria inicial, para lo cual adjuntamos el Comprobante de Pago del Procedimiento Administrativo según TUPA vigente.

En tal sentido, el Procedimiento Administrativo de Categorización y Registro de IPRESS solicitado es concordante con el DS N° 013-2006-SA, la RM N° 546-2011/MINSA, la RM N° 076-2014/MINSA y la RDS N° 053-2015-SUSALUD/S, bajo nuestro conocimiento.

Es justicia que espero alcanzar.

Cusco, ......... de ............................. de 2019

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

Representante Legal Director Médico o Responsable de la Atención

CMP Nº CMP Nº

DNI Nº DNI Nº