 **ASUNTO:** SOLICITO **REGISTRO** DE INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD - IPRESS

Establecimiento Público

Establecimiento Privado

Servicio Médico de Apoyo Público

Servicio Médico de Apoyo Privado

Lic. Wilmer Davis Carrillo

Director Regional de Salud Tumbes

Sr. Dr.

Yo:…………………………………………………………………identificado con DNI N°……………………Director Médico ( ), (Gerente General ( ) ó Representante Legal ( ) de la IPRESS, denominado …………………………………………...................................................... Con (RUC)Nº……………………..…sito 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, y establece las condiciones, requisitos y procedimientos para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento; para lo cual solicito a usted el registro RENIPRESS de la IPRESS en mención. Se adjunta ficha de inscripción.

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 el expediente técnico de…….. Folios, conteniendo la totalidad de los requisitos establecidos en el TUPA de la DIRESA Tumbes.

POR LO EXPUESTO:

Es gracia que espero alcanzar, por ser de justicia.

Tumbes,……………… de…………… del……………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Propietario o Representante Legal Firma Director Médico del EE. SS o S.M.A

Nombre: Nombre:

DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DNI Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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