

**PERÚ**

Ministerio de Salud

Dirección Regional
de Salud Junín

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

SOLICITUD CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA**ASUNTO: CERTIFICACIÓN DE ACREDITACIÓN PARA FUNCIONAMIENTO
DE LOS SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL**

Señor

DIRECTOR REGIONAL DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN

S.D. _____

Con atención a:

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA

De mi especial consideración:

El que suscribe la presente, solicita se me otorgue el Registro de Acreditación en Servicios de Salud Ocupacional, indicando la siguiente información con carácter de declaración jurada:

I. DATOS DEL SOLICITANTE									
Apellidos y Nombres del Representante Legal									
DNI		TI		CE		PTP		CSR	
Teléfono								Correo electrónico	
Razón Social/Nombre Comercial								RUC	
Dirección del establecimiento									
Distrito								Provincia	Región
Referencia de ubicación del establecimiento									
II. PROCEDIMIENTO A SOLICITAR (Marcar con un aspa "x")									
Expedición					Renovación				
Para Renovación indicar:					N° de Expediente		N° de Certificado		
III. PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN LA EMPRESA									
N°	Apellidos y Nombres							Profesión	Colegiatura
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
IV. EQUIPOS SEGÚN ACTIVIDAD									
N°	Actividad	Equipo/Test			Marca/Modelo		Serie		
1	Espirometría	Espirómetro							
		Jeringa de calibración							
2	Audiometría	Audiómetro							
		Cabina Audiométrica							
3	Cardiología	Electrocardiógrafo							
4	Oftalmología	Test de Agudeza Visual							
		Test de Color							
		Test de Visión							
		Estereoscópica							
5	Laboratorio	Centrífuga de tubos							
		Centrífuga para hematocrito							
		Microscopio Bi/Trinocular							
		Analizador hematológico							
		Analizador bioquímico							
		Refrigeradora							
Baño María									
Hemoglobímetro									

Dirección: Jr. Julio C. Tello N° 488, El Tambo - Huancayo

Horario de Atención Trámite Documentario (Mesa de Partes): Mesa de Partes Externos: Lunes a viernes de 8:00 am a 01:00 pm y de 2:30 pm a 4:30 pm



6	Radiología	Equipo de Rayo X para radiografía de tórax fijo (generador 300 mA a 125 KV)		
7	Toxicología	Equipamiento especial (Equipo de Absorción Atómica)		
8	Equipamiento adicional			
V. ACTIVIDADES TERCERIZADAS (sólo si corresponde)				
LABORATORIO				
Razón Social			RUC	
Dirección del establecimiento				
Distrito		Provincia	Región	
RADIOLOGÍA				
Razón Social			RUC	
Dirección del establecimiento				
Distrito		Provincia	Región	
TOXICOLOGIA				
Razón Social			RUC	
Dirección del establecimiento				
VI. DECLARACIÓN JURADA				
<ul style="list-style-type: none"> – Declaro bajo juramento que la documentación adjunta, que acredita el cumplimiento de los requisitos para obtener el Registro de Acreditación en Servicios de Salud Ocupacional, es veraz. – Declaro bajo juramento tener conocimiento que en caso de proporcionar información falsa, uso de documentación falsificada o adulterada, la autoridad administrativa podrá declarar la nulidad del acto sustentado en dicha declaración, información o documento, así como imponer las multas respectivas, sin perjuicio del inicio de la acción penal en caso corresponda (Art. 34 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS). – Declaro bajo juramento otorgar mi consentimiento para recibir notificaciones y comunicaciones que se deriven del presente expediente administrativo, a través de la dirección de correo electrónico consignado en el RUBRO I. DATOS DEL SOLICITANTE. (Art. 20 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS). 				

Para cuyo fin adjunto los siguientes requisitos:

1. Solicitud dirigida al Director Regional de Salud- DIRESA, con carácter de Declaración Jurada firmada por el representante Legal, consignando el Ámbito territorial donde desarrollará las actividades de salud ocupacional.
2. Copia Legalizada de la Resolución Directoral de Categorización del Establecimiento de Salud, Mínimo Categoría I-3 del Servicio de Salud Ocupacional, debe ser concordante con los datos del Registro Nacional de Establecimientos de Salud (FICHA RENAES).
3. Documento del Responsable Médico Ocupacional que debe estar a cargo de un:
 - a) Profesional Médico Cirujano con segunda especialidad en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente o Medicina del Trabajo, debidamente titulado, colegiado y habilitado por el Colegio Médico del Perú.
 - b) Médico Cirujano con Maestría en Salud Ocupacional o Maestría en Salud Ocupacional y Ambiental o Maestría en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente, debidamente colegiado y habilitado por el Colegio Médico del Perú.
4. Documento de Constitución de la Empresa en cuyo objeto social se expresa la prestación de servicios de Salud ocupacional y/o evaluaciones médico ocupacionales (se exceptúa a los establecimientos de salud del sector público y aquellas empresas del sector minero, petróleo o industrial que tengan establecimientos de Salud debidamente categorizados al anterior de sus instalaciones).
5. Identificación de las instalaciones y de su respectiva ubicación (plano de ubicación del lugar, ambientes, distribución de equipos y mobiliario que integran el Servicio de Salud Ocupacional).

Dirección: Jr. Julio C. Tello N° 488, El Tambo - Huancayo

Horario de Atención Trámite Documentario (Mesa de Partes): Mesa de Partes Externos: Lunes a viernes de 8:00 am a 01:00 pm y de 2:30 pm a 4:30 pm



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección Regional
de Salud Junín

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

6. Hoja de vida de los profesionales universitarios y técnicos por cada actividad a desarrollar (debe adjuntar a cada hoja de vida: título profesional, registro de especialista, constancia de habilidad profesional emitida por el Colegio profesional o entidad competente, constancia de las capacitaciones/cursos en salud ocupacional, cuando sea pertinente debiendo ser colocadas en el orden en que figuran la hoja de vida).
7. Memoria descriptiva de los equipos biomédicos según corresponda a las actividades que se va a desarrollar el servicio de salud ocupacional y sus planes de mantenimiento preventivo y certificado de evaluación técnica, con una antigüedad no mayor de tres (03) meses.
8. Copia de los contratos o acuerdos o convenios a establecer, en caso con otras entidades de salud para la realización de actividades tercerizadas o que requieran conocimientos especiales o instalaciones de gran complejidad.
9. Fluxograma de atención en el servicio de apoyo al médico ocupacional.
10. Derecho de Pago en la oficina de Economía de la DIRESA – Junín.

Por lo expuesto, agradeceré brindar la atención a la presente, comprometiéndome a cumplir con las mejoras y disposiciones que se requiere.

Sin otro particular, es gracia que espero alcanzar por ser de justicia.

Huancayo, ____ de _____ del 20 ____

Firma y sello del Representante Legal
DNI N° _____

FOLIOS ()

Dirección: Jr. Julio C. Tello N° 488, El Tambo - Huancayo

Horario de Atención Trámite Documentario (Mesa de Partes): Mesa de Partes Externos: Lunes a viernes de 8:00 am a 01:00 pm y de 2:30 pm a 4:30 pm

**A TENER EN CUENTA:**

PARA TODO TRÁMITE
TENER EN CUENTA: <ol style="list-style-type: none">1. Precisar domicilio en la solicitud considerando según corresponda (Avenida/Calle/Jirón/Pasaje/Nº/Departamento/Manzana/Lote/Urbanización).2. Consignar teléfono celular.3. Los documentos que se adjunten deben encontrarse vigentes.4. Completar todos los campos y firmar la declaración jurada.5. Todo espacio en blanco deberá ser tachado con una línea.
INSTRUCCIONES GENERALES
1. Formato para uso de solicitudes de Registro de Acreditación en Servicios de Salud Ocupacional
INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS
RUBRO I: DATOS DEL SOLICITANTE <p>Consignar los datos del representante legal tal como figura en el documento de identidad o en la partida registral correspondiente, número telefónico (de preferencia celular) y correo electrónico para facilitar comunicaciones posteriores.</p> <p>El tipo y número de documento de identidad serán seleccionados y consignados de acuerdo a los siguientes acrónimos/siglas:</p> <ul style="list-style-type: none">– DNI: Documento Nacional de Identidad– TI: Tarjeta de Identidad– PTP: Permiso Temporal de Permanencia– CE: Carné de Extranjería– CSR: Carné de Solicitante de Refugio o Asilo <p>Consignar los datos de la empresa tal como figuran ante la Superintendencia Nacional de Aduanas y Administración Tributaria – SUNAT.</p>
RUBRO II: PROCEDIMIENTO A SOLICITAR <p>Marcar con aspa “X” una sola casilla según el procedimiento administrativo a solicitar.</p> <p>En caso de renovación, indicar número de expediente de origen con el cual se solicitó el otorgamiento del Registro, y el último Certificado vigente.</p>
RUBRO III: PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN LA EMPRESA <p>Consignar los datos del profesional tal como figura en el documento de identidad y ante el Colegio Profesional correspondiente.</p> <p>Es posible agregar más campos (filas) de ser requerido, según la cantidad de profesionales con la que cuenta la empresa.</p>
RUBRO IV: EQUIPOS SEGÚN ACTIVIDAD <p>Consignar marca/modelo y serie del equipo tal como aparece en la constancia de calibración y/o mantenimiento, según corresponda.</p> <p>Todo espacio en blanco deberá ser tachado con una línea.</p>
RUBRO V: ACTIVIDADES TERCERIZADAS <p>Consignar los datos de la empresa tercerizada tal como figuran ante la Superintendencia Nacional de Aduanas y Administración Tributaria – SUNAT, debiendo coincidir con la documentación adjunta, según corresponda.</p> <p>Todo espacio en blanco deberá ser tachado con una línea.</p>
RUBRO VI: DECLARACIÓN JURADA <p>Consignar apellidos y nombres, firma y sello del solicitante. Asimismo, al suscribir el formulario se valida la veracidad de lo declarado.</p> <p>Se valida que toda la información proporcionada es veraz así como los documentos presentados son auténticos, en caso contrario el solicitante se somete al procedimiento y a las sanciones previstas en la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.</p> <p>Se valida la dirección de correo electrónico para notificaciones y comunicaciones posteriores.</p>