



PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS APROBADOS PARA ACTIVIDADES RELACIONADAS A SERVICIOS DE SALUD (GUIA PARA USUARIOS)

BASE LEGAL

- Ley General de Salud N° 26842
- D.S. N° 013-2006-SA, Reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- D.S. N° 013-2009-SA, Aprobación del Texto Único de Procedimientos Administrativos del MINSA y sus órganos desconcentrados; publicado el 11-07-2009 en el diario El Peruano.
- R.M. N° 546-2011/MINSA de fecha 13 de julio del 2011, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP/V.03 "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".

1.- INSCRIPCION AL REGISTRO NACIONAL DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (RENAES)

Requisitos:

- A. Solicitud dirigida al Director General de la DISA II LIMA SUR con carácter de Declaración Jurada (**Ver Anexo 1: Solicitud RENAES**).
- B. **Recibo de pago 3.09% UIT. (S/.118.97)** en el Banco de la Nación, a la cuenta **0000282308**, por concepto de Inicio de Actividades.
- C. Copia del Registro Único de Contribuyente (RUC) de la persona natural o jurídica, propietario(a) del Establecimiento.
- D. Croquis de Ubicación del Establecimiento de Salud
- E. Croquis de Distribución de los ambientes Establecimiento de Salud.
- F. Copia del Título del Profesional, Diploma de colegiatura, Especialidad y Constancia de Habilitación del Director Médico o responsable y copia del DNI según corresponda.
- G. Relación de equipamiento por ambientes (biomédicos, de seguridad y otros de acuerdo a la naturaleza de sus actividades), diferenciando los propios de los provistos por terceros (Anexo N° 04).
- H. Nómina de profesionales de la salud y personal de apoyo, señalando cargo, Título del Profesional, Diploma de colegiatura, Especialidad, Constancia de Habilidad y Copia de DNI (Anexo N° 03).
- I. Cronograma de atención de los profesionales, según caso.
- J. Copia de Licencia de Funcionamiento Municipal (para Establecimientos que ya cuentan con dicha documentación) o Documento de Zonificación o Compatibilidad de uso.
- K. Anexar en forma impresa la respectiva Ficha de Inscripción RENAES y Declaración Jurada, mediante el sgte. procedimiento:
 1. Ingresar a la siguiente página Web: <http://www.susalud.gob.pe>, dar clic al icono Establecimientos de Salud.
 2. Dar clic en la opción Persona Natural o Persona Jurídica según sea el caso. Llenar el formulario (Todo en letras mayúsculas. También correos electrónicos y págs. web).
 3. Ante cualquier duda en el registro, ingresar previamente a la GUIA DE INSCRIPCIÓN donde se explican los pasos a seguir para el debido llenado del formulario indicado.
 4. Para la impresión de la Declaración Jurada y la Ficha de Inscripción RENAES, es preciso que luego de recepcionado vía correo su código temporal, **repita el paso 1. Click en opción Ingreso de Usuario**. Colocar su código temporal en el campo CODIGO, y en el campo CONTRASEÑA, colocar la contraseña que Ud creó al finalizar el llenado del formulario de inscripción. Así Ud. podrá ingresar como USUARIO y visualizará en el menú del lado izquierdo las opciones de Impresión (la Declaración Jurada y la Ficha de Inscripción RENAES deben ser presentadas debidamente visadas y firmadas por el responsable de la atención de salud).



PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS APROBADOS PARA ACTIVIDADES RELACIONADAS A SERVICIOS DE SALUD (GUIA PARA USUARIOS)

BASE LEGAL

- Ley General de Salud N° 26842
- D.S. N° 013-2006-SA, Reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- D.S. N° 013-2009-SA, Aprobación del Texto Único de Procedimientos Administrativos del MINSA y sus órganos desconcentrados; publicado el 11-07-2009 en el diario El Peruano.
- R.M. N° 546-2011/MINSA de fecha 13 de julio del 2011, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP/V.03 "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".

1.- CATEGORIZACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Requisitos:

- A. Solicitud dirigida al Director General de la DISA II LIMA SUR con carácter de Declaración Jurada **(Ver Anexo 2: Solicitud)**.
- B. **Recibo de pago 5.22% UIT (S/.198.36)** en el Banco de la Nación, a la cuenta **0000282308**, por concepto de Categorización.
- C. Copia del Registro Único de Contribuyente (RUC) de la persona natural o jurídica, propietario(a) del Establecimiento.
- D. Croquis de Ubicación del Establecimiento de Salud
- E. Croquis de Distribución de los ambientes Establecimiento de Salud.
- F. Copia del Título del Profesional, Diploma de colegiatura, Especialidad y Constancia de Habilitación del Director Médico o responsable y copia del DNI según corresponda.
- G. Relación de equipamiento por ambientes (biomédicos, de seguridad y otros de acuerdo a la naturaleza de sus actividades), diferenciando los propios de los provistos por terceros (Anexo N° 04).
- H. Nómina de profesionales de la salud y personal de apoyo, señalando cargo, Título del Profesional, Diploma de colegiatura, Especialidad, Constancia de Habilidad y Copia de DNI
- I. Cronograma de atención de los profesionales, según caso (Anexo N° 03).
- J. Copia de Licencia de Funcionamiento Municipal (para Establecimientos que ya cuentan con dicha documentación) o Documento de Zonificación o Compatibilidad de uso.
- K. Anexar copia simple del Código Único de RENAES.
- L. Minuta de constitución de la empresa (Si es persona Jurídica).
- M. Constancia de buen funcionamiento de equipos biomédicos y /o dentales, entre otros (Si hubieran).
- N. **Licencia del IPEN** si se cuenta con equipo(s) de Rayos-X y para el/los operador(es).
- O. Convenio con empresa de recolección de residuos sólidos y/o biocontaminados, ambulancia, banco de sangre, clínica de referencia y otros.



ANEXO N° 01

ASUNTO: SOLICITO REGISTRO DE INICIO DE ACTIVIDADES

| | |
|----------------------------------|--------------------------|
| Establecimiento Público | <input type="checkbox"/> |
| Establecimiento Privado | <input type="checkbox"/> |
| Servicio Médico de Apoyo Público | <input type="checkbox"/> |
| Servicio Médico de Apoyo Privado | <input type="checkbox"/> |

DIRECTOR GENERAL DE LA DISA II LIMA SUR
Sr. Dr.

Yo: identificado con DNI N°
Director (), Jefe (), Responsable Técnico (), Gerente General () ó Representante Legal () del
Establecimiento de Salud ó Servicio Médico de Apoyo () denominado
....., sito en
....., del distrito de
....., 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, solicito a usted el Registro de
Inicio de Actividades del Establecimiento ó Servicio Médico de apoyo arriba indicado.

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 DISA II Lima Sur.

POR LO EXPUESTO:

Es gracia que espero alcanzar, por ser de justicia.

Barranco, de del

.....
Firma del solicitante
DNI N°
Teléfono Fijo:
Celular:



ANEXO N° 02

ASUNTO: SOLICITO CATEGORIZACION DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD

| | |
|----------------------------------|--------------------------|
| Establecimiento Público | <input type="checkbox"/> |
| Establecimiento Privado | <input type="checkbox"/> |
| Servicio Médico de Apoyo Público | <input type="checkbox"/> |
| Servicio Médico de Apoyo Privado | <input type="checkbox"/> |

DIRECTOR GENERAL DE LA DISA II LIMA SUR
Sr. Dr.

Yo: identificado con DNI N°
Director (), Jefe (), Responsable Técnico (), Gerente General () ó Representante Legal () del
Establecimiento de Salud ó Servicio Médico de Apoyo () denominado
....., sito en
....., del distrito de
....., 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, solicito a usted la Categorización
del Establecimiento ó Servicio Médico de apoyo arriba indicado.

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 N°..... folios, conteniendo la totalidad de los requisitos
establecidos en el TUPA de la DISA II Lima Sur.

Asimismo, sírvase notificar la emisión de la Resolución de Categorización al siguiente correo
electrónico:.....

POR LO EXPUESTO:

Es gracia que espero alcanzar, por ser de justicia.

Barranco, de del

.....
Firma del solicitante
DNI N°
Teléfono Fijo:
Celular:



ANEXO N° 03

RELACION DE RECURSOS HUMANOS (PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL)

Nombre del Establecimiento de Salud:
Dirección:
Fecha:

Table with 8 columns: N°, Nombres y Apellidos, Profesión, Colegio Profesional, Especialidad, Registro de Especialidad, Servicio, DNI

.....
Director Médico o Responsable de la Atención
DNI N°:.....

ANEXO N° 04

RELACION DE EQUIPOS BIOMEDICOS POR SERVICIO

Nombre del Establecimiento de Salud:
Fecha:

Table with 8 columns: N°, Consultorio, Nombre del Equipo, Marca del Equipo, Modelo, N° Código Patrimonial, Propio (Si/No), Observaciones

.....
Director Médico o Responsable de la Atención
DNI N°:.....

ANEXO N° 7

RELACIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS POR SERVICIO

Nombre del establecimiento de salud:..... Fecha:.....

| N° | Consultorio | Nombre del equipo | Marca del equipo | Modelo | N° de Código patrimonial | Propio | | Observaciones |
|----|----------------------------------|----------------------------|------------------|----------|--------------------------|--------|----|---|
| | | | | | | Si | No | |
| 1 | Consultorio de Gastroenterología | Esterilizadora | Memmert | 14 Lts. | 1245-10 | X | | |
| 2 | | Endoscopio flexible | Olympus | CHF-XP20 | s/n | | X | Yeny Enríquez Sánchez / Clínica gastroenterológica San Luis |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | Consultorio medicina | Negatoscopio | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | Consultorio pediatría | Balanza pediátrica digital | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | Consultorio ginecología | Balanza con tallímetro | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | Laboratorio | Microscopio binocular | | | | | | |

.....
 Director Médico, Médico Jefe o
 Responsable de la Atención

DNI N°.....