



**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.

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

Requisitos:

- A. Solicitud dirigida al Director General de la DISA con carácter de Declaración Jurada (**Ver Anexo 1: Solicitud RENAES**).
- B. **Recibo de derecho de pago 3.09% UIT. (S/.112.79)**
- 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, 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.
- H. Nómina de profesionales de la salud y personal de apoyo, señalando cargo, número de colegiatura, número de especialidad y su habilitación, cuando corresponda.
- 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.disavlc.gob.pe>**, dar clic al icono de RENAES, luego a Ficha de Inscripción RENAES (Privados).
 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).

DOCUMENTOS OPCIONALES A PRESENTAR SEGÚN CORRESPONDA

- a. Minuta de constitución de la empresa (Si es persona Jurídica)
- b. Constancia de buen funcionamiento de equipos biomédicos y /o dentales, entre otros (Si hubieran).
- c. **Licencia del IPEN** si se cuenta con equipo(s) de Rayos-X y para el/los operador(es).
- d. Convenio con empresa de recolección de residuos sólidos, si manejara residuos bio-contaminantes, ambulancia, banco de sangre, clínica de referencia.



ANEXO 1

SOLICITO: Registro de Inicio de Actividades de Establecimiento de Salud o Servicio Méd. de Apoyo.

SEÑOR
DIRECTOR GENERAL
DIRECCION DE SALUD V LIMA CIUDAD

Presente.-

Yo, **[Nombre y Apellidos del Propietario del Establecimiento, Representante Legal, Director Médico o Responsable de la atención de salud]** identificado con D.N.I. N° **[00000000]**, en representación del Establecimiento de Salud denominado **[Razón Social y/o Nombre Comercial]** con R.U.C. N° **[00000000000]** ubicado en **[Dirección completa-Urbanización-Distrito-Referencia Geográfica]**, desempeñando el cargo de **[Propietario del Establecimiento, Representante Legal, Director Médico o Responsable de la atención de salud]** ; ante usted me presento y expongo:

Que, solicito a su despacho disponer a quien corresponda se me expida la Constancia de Registro de Inicio de Actividades del Establecimiento de Salud o Servicio Médico de Apoyo al cual represento. Anexo requisitos establecidos en el TUPA-2009, aprobado con D.S. N° 013-2009-SA.

HORARIO DE ATENCION: **[Días de la semana y entre que horas]**
TELEFONO(S) DE REFERENCIA: **[fijo, fax, móvil, nextel, otros]**
CORREO ELECTRONICO: **[Correo del Responsable del Establecimiento / Correo del Establecimiento de Salud o Servicio Médico de Apoyo]**

Por lo antes expuesto:

Sirva Señor Director dar trámite a la presente.

Lima, **[Día]** DE **[Mes]** DEL **[Año]**.

[Firma del Propietario del Establecimiento, Representante Legal, Director Médico o Responsable de la atención de salud]

[Indicar N° de D.N.I.]



2.- CATEGORIZACION DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Requisitos:

- A. Solicitud dirigida al Director General de la DISA, anexando copia del documento que indica el número de registro de inicio de actividades expedido por la DISA, donde se le otorga el Código Único del Establecimiento de Salud (Opcional, colocar el Código Temporal. Ejem: TMP000000 **(Ver Anexo 2: Categorización)**).
- B. **Recibo de pago 5.22% UIT. (Categorización de EESS S/. 190.53)**

** Coordinar Telefónicamente a los teléfonos consignados en pie de página, la visita de inspección al establecimiento de salud, luego de aprox. 4 días hábiles de haber dejado el expediente en Mesa de Partes.

NOTAS:

La entrega de Expedientes se debe realizar en: Mesa de Partes, Primer piso de las instalaciones de la DISA V Lima Ciudad, en folios y dentro de folder tamaño A4 debidamente señalizados. Además los documentos deben estar ordenados según lo indicado en éste formato de requisitos.

Dirección de la DISA V Lima Ciudad: Av. Paseo de la República N° 3810-3820 (Ref. Av. Aramburú y Vía Expresa al costado de RPP) - San Isidro.

Teléfono: 319-1590 Anexos 2682 – 2672.

Horario de Atención: Lunes a Viernes 8:00hrs - 13:00hrs / 14:00hrs – 16:15hrs

Los Pagos se deben realizar en: Pagaduría, Primer piso de las instalaciones de la DISA V Lima Ciudad.

Dirección de Servicios de Salud: 3° piso Edificio DISA V Lima Ciudad.

**ANEXO 2****SOLICITO: Resolución de Categorización.**

SEÑOR
DIRECTOR GENERAL
DIRECCION DE SALUD V LIMA CIUDAD

Presente.-

Yo, [**Nombre y Apellidos del Propietario del Establecimiento, Representante Legal, Director Médico o Responsable de la atención de salud**] identificado con D.N.I. N° [**00000000**], en representación del Establecimiento de Salud con Código Único RENAES: [**00000000**], denominado [**Razón Social y/o Nombre Comercial**] con R.U.C. N° [**00000000000**] ubicado en [**Dirección completa-Urbanización-Distrito-Referencia Geográfica**], desempeñando el cargo de [**Propietario del Establecimiento, Representante Legal, Director Médico o Responsable de la atención de salud**] ; ante usted me presento y expongo:

Que, solicito a su despacho disponer a quien corresponda se me expida la Resolución de Categorización, previa inspección al Establecimiento de Salud / Servicio Médico de Apoyo al cual represento; con la finalidad de [**estar en conformidad con el Sector Salud, Trámites en la SEPS, otros acorde al TUPA 2009**].

HORARIO DE ATENCION: [**Días de la semana y entre que horas**]
TELEFONO(S) DE REFERENCIA: [**fijo, fax, móvil, nextel, otros**]
CORREO ELECTRONICO: [**Correo del Responsable del Establecimiento / Correo del Establecimiento de Salud o Servicio Médico de Apoyo**]

Por lo antes expuesto:
Sirva Señor Director dar trámite a la presente.

Lima, [**Día**] DE [**Mes**] DEL [**Año**].

[**Firma del Propietario del Establecimiento, Representante Legal, Director Médico o Responsable de la atención de salud**]

[**Indicar N° de D.N.I.**]