

Ministerio de Salud
Dirección General de Salud Pública
Departamento de Instalaciones y Servicios de Salud a la Población

Formulario de Inscripción al Sistema Único de Habilitación

1. DATOS GENERALES DE LA INSTALACIÓN DE SALUD

- **Nombre de la Instalación de Salud:** _____

- **Tipo de Instalación de Salud:**

Instalación Privada

- ☐ Clínica
- ☐ Hospital
- ☐ Centro Médico
- ☐ Consultorio
- ☐ Servicio de Salud

Instalación Pública

- ☐ Sub Centro de Salud: _____
- ☐ Centro de Salud: _____
- ☐ Policlínica/ Policentro: _____
- ☐ Hospital _____
- ☐ Instituto de Salud _____
- ☐ Otro: _____

- **Dirección:** _____
- **Provincia:** _____
- **Corregimiento:** _____
- **Teléfono:** _____
- **Correo Electrónico:** _____
- **Página Web (si aplica):** _____

2. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

- **Nombre Completo:** _____
- **Cédula de Identidad Personal:** _____
- **Teléfono de Contacto:** _____
- **Correo Electrónico:** _____
- _____

Debe remitir una nota a la Dirección General de Salud Pública, solicitando la aprobación de los planos arquitectónicos de la instalación de salud, adjuntando los planos arquitectónicos para su aprobación.

3. INFORMACIÓN LEGAL Y ADMINISTRATIVA

- **Número de Registro Único de Contribuyente (RUC/NIT/etc.):** _____
- **Certificado de Operación:**
 - ☐ Sí
 - Número de Certificado: _____
 - Fecha de emisión: _____
 - ☐ No
- **Tipo de Persona Jurídica:**
 - ☐ Natural
 - ☐ Jurídica
 - Nombre de la Entidad Jurídica (si aplica): _____

Requisitos legales y análisis de su capacidad financiera. (Razones financieras de liquidez): se verificará la existencia de una razón social de la entidad propietaria y que ésta cumple con todos los requisitos legales exigidos. Además, se verificará la capacidad financiera de la entidad propietaria para poder cumplir con sus obligaciones financieras durante el primer año de funcionamiento.

4. SERVICIOS A HABILITAR

Indique los servicios para los que se solicita habilitación (marque todos los que correspondan):

- ☐ Área de registros médicos o archivo clínico detallando cómo se realiza el manejo y archivo de las historias clínicas para garantizar la confidencialidad del paciente.
- ☐ Área de recepción de pacientes con sus facilidades.
- ☐ Área de consultorios. Detalle de número de consultorios disponibles para atención profesional y técnica.
- ☐ Cuartos de Urgencia, detallando los equipos del área, incluyendo los equipos para maniobras de resucitación, incluyendo la medicación para estos casos.
- ☐ Salas de Hospitalización con estación de enfermería y espacios para trabajo limpio y sucio (cuarto de procedimiento, área de almacenamiento de insumos y materiales, cuarto séptico, cuarto de aseo, área de almacenamiento de ropa sucia y desechos bioinfecciosos).
- ☐ Salas de Operaciones con insumos y equipos necesario según las intervenciones que se realizarán con detalle de todas las áreas dentro del servicio.
- ☐ Unidad de Cuidados Intensivos, detallando todas las áreas dentro del servicio.
- ☐ Sala de Labor y Partos, detallando todas las áreas dentro del servicio.
- ☐ Área de Neonatología, detallando todas las áreas dentro del servicio.
- ☐ Central de Esterilización, detallando todas las áreas dentro del servicio.
- ☐ Servicio de Odontología.
- ☐ Área de Farmacia (servicio al público de dispensación de productos farmacéuticos).
- ☐ Área de Radiología e Imagenología.

- ☐ Área de Laboratorio Clínico.
- ☐ Área de Fisioterapia, con detalle de las áreas dentro del servicio.
- ☐ Banco de Sangre. En caso de no contar con este servicio, presentar documentos con las disposiciones para el uso seguro de hemo componentes.
- ☐ Área de Hemodiálisis, detallando todas las áreas dentro del servicio.
- ☐ Área de Morgue, detallando todas las áreas. Sala de autopsia y sala de morgue con neveras o cámaras refrigeradas para al menos dos cadáveres.
- ☐ Área de Nutrición y Dietética. Facilidades, implementos y personal cumpliendo las normativas para la manipulación de alimentos (carné blanco/verde de manipulador de alimentos). En caso de servicio externalizado presentar el contrato con la empresa que realiza este servicio y mecanismo de supervisión a la empresa contratada. La empresa debe cumplir con todos los requisitos legales.
- ☐ Área para Almacenamiento de Equipos e Insumos Médico-Quirúrgicos.
- ☐ Área de Lavandería, describiendo las áreas y procedimientos utilizados. En caso de servicio externalizado presentar el contrato con la empresa que realiza este servicio el mecanismo de supervisión utilizado para la empresa contratada. La empresa debe cumplir con todos los requisitos legales.
- ☐ Área de Aseo y Mantenimiento, detallando los protocolos de limpieza y desinfección, incluyendo los productos e insumos a ser utilizados. En caso de servicio externalizado presentar el contrato con la empresa que realiza este servicio y el mecanismo de supervisión utilizado para la empresa contratada. La empresa debe cumplir con todos los requisitos legales.
- ☐ Área para Gestión de Residuos Sólidos Hospitalarios con área de almacenamiento temporal de los residuos comunes y peligrosos, los cuales deben estar ubicados separadamente según tipo de desecho (común/peligroso), cumpliendo con lo exigido en la normativa vigente.
- ☐ Detallar el Sistema de Control de Incendios: detectores de humo/alarma de incendios, extintores de incendios operativos y vigentes, aspersores, señales audiovisuales de alarma y evacuación.
- ☐ Otras Áreas o Servicios de la Instalación de Salud.

5. INFRAESTRUCTURA Y RECURSO HUMANO

- **Número de Consultorios:** _____
- **Número de Camas (si aplica):** _____
- **Total de Personal Médico:** _____
- **Total de Personal de Enfermería:** _____
- **Otros Profesionales de la Salud:** _____

6. DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA ADJUNTA

- ☐ Copia del documento de identidad del representante legal
- ☐ Plano de las instalaciones
- ☐ Hoja de vida del personal profesional y su cargo

- ☐ Si cuenta con servicio de ambulancias, presentar la Certificación de Operación de los vehículos expedida por la Dirección de Provisión de Servicios de Salud del Ministerio de Salud.
- ☐ Copia del Contrato de empresa responsable de la recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los desechos peligrosos que se generarán en la instalación (empresa con permiso sanitario de operación vigente)
- ☐ Copia de Contrato con la empresa responsable para la recolección de desechos comunes generados en la instalación o evidencia del pago de la tasa de aseo municipal.
- ☐ Copia del Contrato con la empresa que realiza el manejo integral de plagas en la instalación de salud. (empresa con permiso sanitario de operación vigente).
- ☐ Copia del Contrato con la empresa de distribución eléctrica correspondiente y detalle del sistema de respaldo eléctrico (planta eléctrica, paneles solares, entre otros).
- ☐ Los hospitales que dispongan de Instalaciones Especiales (caldera, gases medicinales, tratamiento de agua para diálisis, esterilización por óxido de etileno, etc.), deberán presentar: descripción de estas instalaciones, avalada por la firma de ingeniero especializado que realiza la instalación (con su firma y sello profesional vigente), plan de mantenimiento y control de funcionamiento de dichos equipos (con firma y sello profesional responsable).
- ☐ Lista de equipamiento biomédico por servicio.
- ☐ Certificado de inspección de la Oficina de Seguridad del Cuerpo de Bomberos, y otros según corresponda.
- ☐ Copia de los siguientes manuales:
 - i. Manual de Organización y Funciones de la instalación de salud.
 - ii. Reglamento de la instalación de salud.
 - iii. Normas de bioseguridad, incluyendo manejo y disposición final de desechos peligrosos.
 - iv. Plan de evacuación en caso de desastres. condiciones para responder a incendios o desastres naturales en casos de emergencia y desastres.

7. DECLARACIÓN Y FIRMA

Declaro bajo juramento que la información consignada en este formulario es veraz y que la instalación de salud entrega los requisitos legales, técnicos y administrativos exigidos por la normativa vigente.

Nombre Completo: _____

Firma del Representante Legal: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre de quien recibe en el MINSA: _____

Fecha: ____ / ____ / ____