

ANEXO IB

FORMULARIO REGISTRO DE ACREDITACION EN SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL

1. DEL SOLICITANTE

1.1 Nombre o Razón Social		1.2 RUC	
1.3 Representante Legal		1.4 DNI	
1.5 Dirección: Jr./Calle/MZ.			
N°/Lt. :		Urb./AAHH/Sector/Otros :	
1.6 Distrito		1.7 Provincia	1.8 Departamento
1.9 Teléfono		1.10 e-mail	

2. DEL ESTABLECIMIENTO

2.1. Dirección: Jr./Calle/MZ.			
N°/Lt. :		Urb./AAHH/Sector/Otros :	
2.2. Distrito		2.3. Provincia	2.4. Departamento
2.5. Teléfono		2.6. e-mail	

3. DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO DE APOYO AL MÉDICO OCUPACIONAL

3.1 Nombre y Apellidos		3.2 DNI	
3.3 Dirección: Jr./Calle/MZ.			
N°/Lt. :		Urb./AAHH/Sector/Otros :	
3.4 Distrito		3.5 Provincia	3.6 Departamento
3.7 Teléfono		3.8 Fax	3.9 e-mail
3.10 ESPECIALIDAD		3.11 CMP N°	3.12 RNE
3.13. FORMACION EN SALUD OCUPACIONAL COMO ESPECIALISTA <input type="checkbox"/> CON MAESTRIA <input type="checkbox"/> Otros médicos, según normatividad vigente <input type="checkbox"/>			

4. ACTIVIDADES DE SALUD OCUPACIONAL

ACTIVIDADES	NOMBRE DEL PROFESIONAL PROPUESTO
1 Laboratorio Clínico (*)	
2 Toxicología (*)	
3 Radiología (Rx) (**)	
4 Espirometría (Neumología)	
5 Audiometría (Otorrinolaringología)	
6 EKG (Cardiología)	
7 Psicología	
8 Oftalmología	
9 Otros	

(*) Para los servicios tercerizados de Laboratorio y Toxicología el solicitante deberá presentar copia simple del contrato o convenio respectivo, la Resolución de Categorización y Registro Nacional de Establecimientos de Salud (RENAES) emitido por SUSALUD, de la empresa contratante; precisándose que para toxicología se deberá acompañar una memoria descriptiva de los equipos usados en la referida actividad.

(**) En el caso de Radiología presentar Convenio o Contrato, Licencia de Operación del Instituto Peruano de Energía Nuclear (IPEN) vigente, Informe de Límites y Condiciones de la Licencia de Operación y Control de Calidad vigente de dicha empresa.

(**) En caso se ejecute servicios de salud ocupacional con empresas del sector minería, el profesional médico radiólogo y tecnólogo médico en radiología, deben de acreditar el curso de Lectura de RADIOGRAFIA según clasificación OIT.

Declaro bajo juramento que la información proporcionada es veraz.

Cajamarca,.....de....., del 20.....

NOMBRE Y APELLIDOS,
FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL