

Ministerio de Salud  
Hospital Nacional "DOS DE MAYO"  
"Dos de Mayo"  
MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Que ha tenido a la vista

REPÚBLICA DEL PERÚ



Nº 054-2018/D/HNDM

27 MAR 2018

ROSALBA CARO RIVAS  
G. GALARRAGA

## Resolución Directoral

Lima, 23 de Marzo de 2018

**VISTO:** El Expediente Administrativo Registro N° 004807-2018, que contiene el proyecto del Manual de Procesos y Procedimientos Administrativos del Texto Único de Procedimientos Administrativos - TUPA, del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

### CONSIDERANDO:

Que, los artículos 42° y 43°, del Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General - Ley N° 27444, aprobado por Decreto Supremo N° 006-2017-JUS, disponen la obligatoriedad de las entidades de la Administración Pública de elaborar, aprobar y difundir el íntegro del su Texto Único de Procedimientos Administrativos - TUPA, cumpliendo con los requisitos establecidos para tal fin;

Que, mediante Decreto Supremo N° 007-2011-PCM, se establece una metodología de simplificación administrativa para la mejora de los procedimientos administrativos y servicios prestados en exclusividad por las entidades de la Administración Pública;

Que, mediante Decreto Supremo N° 064-2010-PCM, se aprobó la nueva metodología de determinación de costos de los procedimientos administrativos y servicios prestados en exclusividad, por el cual las entidades de todos los niveles de gobierno deberán calcular sus derechos de tramitación utilizando la nueva metodología;

Que, el artículo 4°, del Texto Único de Procedimientos Administrativos - TUPA del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2016-SA, ha derogado el Decreto Supremo N° 013-2009-SA, que aprobó el Texto Único de Procedimientos Administrativos - TUPA, del Ministerio de Salud, con excepción de los procedimientos N° 1 al 11 referidos a los Institutos Especializados; y del 1 a 8 referidos a los Hospitales, los cuales mantendrán su vigencia hasta la aprobación del Texto Único de Procedimientos Administrativos - TUPA, del Instituto de Gestión de Servicio de Salud, el mismo que no se ha aprobado;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 041-2018-MINSA, se aprobó la modificación del Texto único de Procedimientos Administrativos- TUPA del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2016-SA y sus modificatorias, el que consta de cientos setenta y siete (177) Procedimientos Administrativos, de los cuales se están aprobando cuatro (04) procedimientos para los Hospitales de Lima, las cuales son: 1) Certificado de Salud, 2) Informe Médico, Psicológico y Odontológico, 3) Certificado de Discapacidad, 4) Certificado Médico de Invalidez y se está eliminando cuatro (04) procedimientos como son: 1) constancia de Atención, 2) Copia de Historia Clínica y Epicrisis, 3) Constancia de Nacimiento 4) Constancia de Defunción;

Que, mediante Resolución Directoral N° 137-2017/D/HNDM, de fecha 18 de agosto del 2017, se aprueba el Manual de Procesos Administrativos del Texto Único de Procedimiento Administrativo - TUPA, del Hospital Nacional "Dos de Mayo", la misma que por las consideraciones antes indicadas, deber ser revocado por la presente resolución;

Que, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, conforme a sus atribuciones, remite el Informe N° 336-2018-OEPE-ETO-N°013-HNDM, de fecha 05 de marzo del 2018, en el



cual emite su conformidad y opinión técnica favorable al proyecto del Manual de Procesos y Procedimientos Administrativos, del Texto Único de Procedimientos Administrativos - TUPA, del Hospital Nacional "Dos de Mayo", al adecuarse a los parámetros establecidos y ajustarse a los estándares para la elaboración de documentos normativos de gestión Institucional y solicita su aprobación, a través del presente acto resolutivo;



Con las visaciones del Director Adjunto, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Administración, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;



De conformidad con lo establecido en Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General - Ley N° 27444, aprobado por Decreto Supremo N° 006-2017-JUS, el Decreto Supremo N° 013-2009-SA, que aprueba el Texto Único de Procedimientos Administrativos - TUPA y la Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo";

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.- Revocar** la Resolución Directoral N° 137-2017/D/HNDM, de fecha 18 de agosto del 2017, por las consideraciones que se exponen en la presente resolución directoral.

**Artículo 2°.- Aprobar** el **MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS, DEL TEXTO ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS - TUPA, DEL HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"**, el que en treinta y seis (36) páginas, forma parte integrante de la presente resolución.

**Artículo 3°.- Encargar** a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, para que a través del Equipo de Trabajo de Organización, realice la difusión, evaluación, revisión y actualización del Manual de Procesos y Procedimientos Administrativos, del Texto Único de Procedimientos Administrativos - TUPA, del Hospital Nacional "Dos de Mayo"; asimismo, los órganos y unidades orgánicas son responsables de su cumplimiento.

**Artículo 4°.- La Jefatura** de la Oficina de Estadística e Informática de la Institución dispondrá la publicación de la presente resolución directoral en el portal institucional del Hospital <http://www.hdosdemayo.gob.pe>.

**Regístrese, comuníquese y publíquese;**



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
ROFANO DEL ROSARIO GARCIA OKACOTO  
Directora General (a)  
C.M.F. 10880 H.N.S. 1071

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
que he tenido a la vista

27 MAR 2018

Sr. Julio ACARO BIVAS  
SECRETARIO

RDMKO/CECQ/JJMA/CRO/RPA/JEVT/dlpa.

- C.c.:
- Dirección General.
- Dirección Adjunta.
- O. de Control Interno
- O. Ejecutiva de Administración.
- O. Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.
- O. Asesoría Jurídica.
- O. Estadística e Informática.
- Archivo.

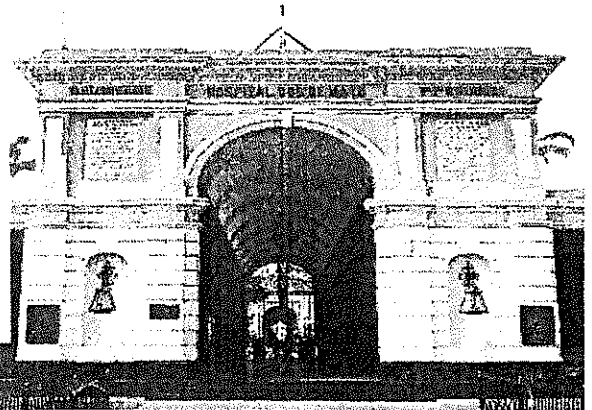


PERU

Ministerio  
de Salud



Hospital Nacional  
Dos de Mayo



**MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS  
ADMINISTRATIVOS**

**TEXTO UNICO DE PROCEDIMIENTOS  
ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL  
NACIONAL "DOS DE MAYO"**

**2018**

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
que ha tenido a la vista

27 MAR 2018

**DR. JULIO ACARO RIVAS**  
FISCALARIO





## ÍNDICE

### CAPITULO I

INTRODUCCIÓN 2

### CAPITULO II

OBJETIVOS 3

### CAPITULO III

BASE LEGAL 4

### CAPITULO IV

PROCEDIMIENTOS 5

CERTIFICADO DE SALUD 9

INFORME MEDICO, PSICOSOMATICO, PSICOLÒGICO O  
ODONTOLÒGICO 12

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD 15

CERTIFICADO MEDICO DE INVALIDEZ 18

RECURSO DE APELACION EN PROCESO DE SELECCIÓN 21

ANEXOS 25



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Que ha tenido a la Vista

27 MAR 2018

Sr. JUDY ACARO RIVAS



## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN

El Manual de Procesos y Procedimientos Administrativos del texto Único de Procedimientos Administrativos del Hospital Nacional "Dos de Mayo" es un documento técnico de sistematización normativa que contiene la descripción detallada de las acciones que se siguen en la ejecución de las actividades, de subprocesos y procesos organizacionales, por una o más unidades orgánicas incluyendo además los cargos o puestos de trabajo que intervienen, precisando sus responsabilidades y participación.

Asimismo, el manual contiene modelos de formatos, documentos e instrucciones para la automatización del flujo de información y para el uso de máquinas o equipos a utilizar en caso necesario y cualquier otro documento o información como dato necesario para el correcto desempeño del procedimiento.

El objetivo del presente manual es tener instrumento para sistematizar los flujos de información y un documento base para el desarrollo del plan estratégico de sistemas de información en beneficio de los usuarios internos y externos del Hospital Nacional "Dos de Mayo".

Asimismo, su elaboración contempla información completa, concisa y clara; que sea de fácil manejo e identificación por el usuario así como que permita intercambiar las hojas para su permanente actualización, debiéndose ejecutar las modificaciones siguiendo las normas y procedimientos que han sido establecidos para su formulación y aprobación.



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
que he tenido a la vista

27 MAR. 2018

ST. ANÍBAL ACARO RIVAS  
FISCALIA



## CAPITULO II

### OBJETIVO DEL MANUAL

El Manual de Procesos y Procedimientos Administrativos del Texto Único de Procedimientos Administrativos del Hospital Nacional "Dos de Mayo", como documento técnico normativo de gestión institucional, tiene por finalidad:

1. Establecer formalmente los procedimientos requeridos para la ejecución de los procesos organizacionales que correspondan al Hospital, detallando sus actividades y flujos.
2. Contribuir al cumplimiento de los objetivos funcionales y estratégicos del Hospital Nacional "Dos de Mayo" según la normatividad vigente del Ministerio de Salud.
3. Mejorar los procesos existentes en beneficio de los usuarios internos y externos del Hospital Nacional "Dos de Mayo".
4. Servir de documento base para el desarrollo del Plan Estratégico de Sistemas de Información del Hospital.



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Que ha tenido a la vista

27 MAR 2018

Sr. JULIO ACARO RIVAS  
SECRETARÍA



## CAPITULO III

### BASE LEGAL

Para la elaboración del presente Manual de Procesos y Procedimientos Administrativos del Texto Único de Procedimientos Administrativos del Hospital Nacional "Dos de Mayo", se sustenta en los siguientes dispositivos legales:

- Decreto Legislativo N° 1161 – Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto legislativo N° 276 – Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público.
- Decreto Supremo N° 005-90-PCM – Reglamento de la Ley de la Carrera Administrativa.
- Decreto Supremo N° 006-2017-JUS – Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 004-2010-SA – Aprueba modificación del Texto Único de Procedimientos Administrativos del Ministerio de Salud y sus Órganos Desconcentrados.
- Resolución Ministerial N° 041-2018/MINSA – Aprueba la modificación del texto Único de Procedimientos Administrativos – TUPA del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2016-SA y modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 603 – 2006/MINSA - Aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPE-V.02: "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional".
- Resolución Ministerial N° 696-2008/MINSA – Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Resolución Ministerial N° 228-2013/MINSA – Aprueba la modificación del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional "Dos de Mayo".



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Que he tenido a la vista

27 MAR. 2018

St. Julio ACARO RIVAS  
FELICITACION





## CAPITULO IV

### PROCEDIMIENTOS

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Que he tenido a la vista

27 MAR. 2018

Sr. Julio ACARO RIVAS  
COORDINADOR



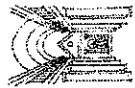
TEXTO UNICO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO - TUPA  
(R.M. Nº 041-2018/MINSA)

DEPENDENCIA: HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

Nº orden	DENOMINACION DEL PROCEDIMIENTO Y BASE LEGAL	REQUISITOS	FORMA/ LÍMITE/ CÓDIGO/ UBICACIÓN	DERECHO DE PAGO (LÍMITE)	CORRECCIÓN DE PAGO (LÍMITE)	CALIFICACIÓN		PLAZO PARA RESOLVER (en hábiles)	INICIO DEL PROCEDIMIENTO	AUTORIDAD QUE RESUELVE EL TRÁMITE	INSTANCIAS DE RESOLUCIÓN DE RECURSOS	
						POSITIVA	NEGATIVA				Reconsideración	Apelación
1	Constancia de Atención	Eliminado										
2	Certificado de Salud. - Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, art. 138 y 248. - Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, art. 138 y 248. Decreto Supremo Nº 006-2017-JUS, Decreto Supremo que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley Nº 27444 - Ley del Procedimiento General (publicado el 20-03-2017), art. 35, 47, 47 y 51.	1. Solicitud dirigida al Director del Hospital por el interesado o Representante Legal, indicando además el día de pago y el número de constancia de pago según modelo.		0.42%	17.40		X	2 (dos) días	Trámite Documentario	Jefes de Departamento o de Servicios Correspondiente		
3	Informe Médico, Psicosomático, Psicológico u Odontológico - Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, art. 138, 149 y 248 del 20/07/97.	1. Solicitud dirigida al Director del Hospital por el interesado o Representante Legal, indicando además el día de pago y el número de constancia de pago según modelo.		0.44%	18.11		X	07 (siete) días	Trámite Documentario	Jefes de Departamento o de Servicios Correspondiente		
4	Costo de Historia Clínica e Epitafio	Eliminado										
5	Certificado de Discapacidad - Ley Nº 29973 - Ley General de la Persona con Discapacidad, Art. 59, 73º del 24/12/2012 - Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, Art. 138, 149 y 248 del 20/07/97. - D.S. Nº 002-2014-MINP, Reglamento de la Ley Nº 29973 Arts. 67º del 09/04/14. - Decreto Supremo Nº 006-2017-JUS - Decreto Supremo que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley Nº 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General del 20/03/17, Art. 35º, 47º y 51º.	1. Solicitud dirigida al Director del Hospital por el interesado o Representante Legal según modelo.		Gratuito			X	18 (diechocho) días	Trámite Documentario	Jefes de Departamento o de Servicios Correspondiente	Director General Jefes de Departamento o de Servicios Correspondiente	Plazo para presentar 15 días Plazo para resolver 30 días
6	Certificado Médico de Incapacidad para el Pésimo de Invalidez - Ley Nº 27023 - Ley que modifica al Art. 269 de la Ley del Sistema Nacional de Pensiones, referida a la Declaración de Invalidez, del 24/12/1998. - Decreto Supremo Nº 166-2005-EF - Medidas Complementarias para la aplicación de la Ley Nº 27023, del 07/12/2005, Art. 2º. - Decreto Supremo Nº 006-2017-JUS, Decreto Supremo que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley Nº 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General del 20/03/17, Art. 35º, 42º, 47º, 51º. (*) La atención del procedimiento será de acuerdo a la capacidad resolutoria cualitativa o especialidad del establecimiento de salud. [**] No incluye los servicios asistenciales que pueden solicitarse	1. Solicitud dirigida al Director del Hospital por el interesado o Representante Legal, indicando además el día de pago y el número de constancia de pago según modelo.		1.43% (**)	59.29		X	30 (treinta) días	Trámite Documentario de Hospitales (III-1 y III-2) (*)	Presidente de la Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad	Presidente de la Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad	Director General Plazo para presentar 15 días Plazo para resolver 30 días
7	Constancia de Nacimiento	Eliminado										
8	Constancia de Defunción	Eliminado										

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA DEL ORIGINAL"  
que he tenido a la vista  
27 MAR 2018  
JULIO ACARO RIVAS  
MEDICO A.I.D.





TEXTO UNICO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO - TUPA  
(D.S. N° 004-2010-SA)

N° Orden	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y BASE LEGAL	REQUISITOS Número y Denominación	Forma de Pago / Costo / Utilización	DERECHO DE COSTO (S/.)	Calificación		PLAZO PARA RESPONDER (en días hábiles)	DEPENDENCIA DONDE SE INICIA TRAMITE	AUTORIDAD QUE RESUELVE EL TRAMITE	INSTANCIAS DE RESOLUCIÓN DE RECURSOS		
					AUTONOMA TICA	Evaluación Positivo / Negativo				Reconsideración	Apelación	
9	<p>Recurso de Apelación en Procesos de Selección.</p> <p>D.L. N° 1017, Ley de Contrataciones del Estado del 04/06/2008, Art. 535. D.S. N° 104-2008-EE, Reglamento del Decreto Ley N° 1017, del 01/01/2009, Arts. 945, 1045, 1052, 1064, 1099, 1109, 1118, 1139, 1149 y 1159. Decreto de Urgencia N° 041-2009, Medidas para agilizar la Ejecución de Obras Públicas y otras acciones, del 28/03/2009. Decreto de Urgencia N° 078-2009, Medidas para agilizar la Contratación de Bienes y Servicios y Obras, del 18/07/2009</p>	<p><b>A) Requisitos de Admisibilidad</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Solicitar de recurso de apelación, dirigido al Comité Especial a Oficina de Administración</li> <li>2 Identificación del impugnante, debiendo consignar su nombre y número de documento oficial de identidad, o su denominación o razón social. En caso de actuación mediante representante, se acompañará la documentación que acredite tal representación. Tratándose de consorcios el representante común debe interponer el recurso de apelación a nombre de todos los consorciantes, acreditando sus facultades de presentación mediante la presentación de copia simple de la promesa de consorcio.</li> <li>3 Señalar como domicilio procesal una dirección electrónica propia.</li> <li>4 El peticionario, que comprende la determinación clara y concreta lo que solicita.</li> <li>5 Los fundamentos de hecho y derecho que sustenten su peticorio</li> <li>6 Las pruebas instrumentales pertinentes.</li> <li>7 La garantía que respalda la interposición del recurso de apelación otorgada a favor de la Entidad o del OSCE, según corresponda.</li> <li>8 Firma del impugnado o de su representante. En el caso de consorcio bastará la firma del representante común señalado como tal en la promesa formal de consorcio.</li> <li>9 Copias simples del escrito y sus recaudos para la otra parte si la hubiera.</li> <li>10 Autorización de Abogado, solo en los casos de licitaciones Públicas, Concursos Públicos y Adjudicaciones Directas y siempre que la diligencia sea cautiva.</li> </ol> <p><b>B) Plazo para la interposición del recurso</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 La apelación contra el otorgamiento de la Buena Pro o contra los actos dictados con fundamento en el deber de interponerse, dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes de haberse otorgado la Buena Pro. En el caso de las Adjudicaciones Directas y Adjudicaciones de Menor Cuantía, el plazo será de cinco (5) días.</li> <li>2 La apelación contra los actos distintos a los indicados en el párrafo anterior debe interponerse dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes de haber tomado conocimiento del acto que desea impugnar. En el caso de Adjudicaciones Directas y Adjudicaciones de Menor cuantía, el plazo será de cinco (5) días hábiles.</li> </ol>	Gratuito					12 (doce días) <sup>(1)</sup>  10 (diez días) <sup>(2)(*)</sup>  8 (ocho días) <sup>(3)</sup>  5 (cinco días) <sup>(7)</sup>	Trámite Documentario  Parque Histórico de la Medicina Pensana S/ta Alt. Cdra. 13 Av. Grau Cercado de Lima	Director General	Reconsideración	Apelación

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Que he tenido a la vista

27 MAR 2018

St. JUAN CARLOS RIVAS  
COORDINADOR



Notas:  
1. El recurso de apelación solo podrá interponerse luego de otorgada la Buena Pro, siempre y cuando al valor referencial del proceso no supere las sescientas (600) Unidades Impositivas Tributarias (UIT). En caso el valor referencial del proceso de selección de dicho monto, los recursos de apelación serán conocidos y resueltos por el Tribunal de Contrataciones del Estado. Asimismo, el recurso de apelación sobre la nulidad de oficio o cancelación del proceso de selección podrá interponerse ante el Tribunal de Contrataciones del Estado.  
2. Por una suma equivalente al tres por ciento (3%) del valor referencial del proceso de selección impugnado. En los procesos de selección según relación de items, etapas, tramos, lotes y paquetes el monto de la garantía será equivalente al tres por ciento referencial del respectivo ítem, etapa, tramo, lote o paquete. En ningún caso, la garantía será menor al cincuenta por ciento (50%) de la Unidad Impositiva Tributaria (UIT) vigente. La garantía deberá ser incondicional, solidaria, irrevocable y de realización automática en el país, al solo requerimiento de la Entidad, bajo responsabilidad de las empresas que las emiten, las mismas que deberán estar, dentro del ámbito de supervisión de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones o estar consideradas en la última lista de bancos extranjeros de primera categoría que periódicamente publica el Banco Central de Reserva del Perú. La garantía podrá consistir en un depósito en una cuenta bancaria de la entidad, o del OSCE, según corresponda.

3. El Impugnante deberá asumir que su recurso de apelación ha sido desestimado, operando la denegatoria ficta, cuando la Entidad resuelva y notifique su resolución dentro del plazo de doce (12) días hábiles siguientes a la presentación o subsanación del recurso de apelación a efectos de la interposición de la demanda contencioso administrativa. Cuando se trate de Subasta Inversa, el Titular de la Entidad o el funcionario que corresponda, deberá resolver dentro del término no mayor de 10 días hábiles de admitido el recurso, salvo que hubiere requerido información adicional, en cuyo caso deberá pronunciarse dentro del término de 15 días hábiles.
4. En los casos de Licitación Pública de obras que no sean mayores a 10 000 000.00 nuevos soles (Diez millones de nuevos soles) - Decreto de Urgencia Nº 041-2009, hasta que dure su vigencia.
5. En los casos de Licitación Pública o Concurso Público de bienes y servicios que no sean mayores a 550 000.00 nuevos soles (Quinientos cincuenta mil nuevos soles), así como de adjudicación directa de bienes, servicios y obras que por su valor referencial correspondan a dicho proceso de selección conforme a la Ley de Presupuesto del Sector Público (Decreto de Urgencia Nº 078-2009, hasta que dure su vigencia).
6. En los casos de Procesos de Adjudicación Directa (Decreto de Urgencia Nº 078-2009)
7. En los casos de Procesos de Menor Cuantía (Decreto de Urgencia Nº 078-2009)




MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
que se tiene en la lista

27 MAR. 2018

Sr. Julio ACARO RIVAS  
SECRETARÍA



27 MAR 2018

	<p><b>ST. JUAN CARO RIVAS</b></p> <p>FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO</p>	<p>Manual de procesos y Procedimientos</p> <p>Versión: 2.0 Ficha 1 de 5</p>
---	--	---

PROCESO: Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud / Recuperación y Rehabilitación de la Salud.

<p>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</p>	<p><b>OTORGAMIENTO DE CERTIFICADO DE SALUD</b></p>	<p>FECHA: MAR - 2018 CÓDIGO:</p>
----------------------------------	--	--------------------------------------

<p>PROPÓSITO:</p>	<p>Lograr la oportuna elaboración del Certificado de Salud para los usuarios que lo requieran.</p>
<p>ALCANCE:</p>	<p>Dirección General / Trámite documentario Oficina de Economía / Caja Oficina de Estadística e Informática Órganos de línea / Dpto. Consultorios Externos, Dpto. de Enfermería.</p>
<p>MARCO LEGAL:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arts. 13º y 24º de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, publicado el 20-07-97.</li> <li>Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de Salud.</li> <li>Numeral 55,1º del Art. 55º y Art. 52º, Decreto Supremo Nº 006-2017-JUS, aprueba la Ley Nº 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General.</li> <li>R.M. Nº 041-2018/MINSA, Aprueba la modificación de Texto Único de Procedimientos Administrativos del Ministerio de Salud y sus Órganos Desconcentrados.</li> </ul>

**ÍNDICES DE PERFORMANCE**

INDICADOR	UNID. DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Expedientes Atendidos	Núm. de Certificados	Sistema Trámite Documentario	Departamento o Servicio Correspondiente
<p>Expedientes Atendidos = <math>\frac{\text{Número de Certificados Atendidos}^*}{\text{Número de Certificados Recibidos}}</math></p>			

**NORMAS**

- Directiva Nº 007 – MINSA / OGPE – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional", aprobada mediante Resolución Ministerial Nº 809- 2006/MINSA.

**DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS**

Inicio	Interesado solicita información del trámite administrativo a realizar.
Triaje de Consultorio Externo / Médico	1. Entrega formato de solicitud y exámenes auxiliares (Formato de solicitud, orden de sangre y Rx.).
Interesado	2. Se acerca a caja a realizar el pago de los exámenes auxiliares y el derecho al trámite de Certificado de Salud, de acuerdo al TUPA.
Caja / Cajero/a	3. Efectúa cobro por el derecho del Trámite Administrativo establecido en el TUPA, orden de examen serológico y procedimiento de Rx.
Triaje / Técnico Administrativo	4. Conduce al usuario a los servicios asistenciales, para la atención de los procedimientos asistenciales (examen serológico y Rx).
Departamento de Patología Clínica / Técnico en Laboratorio	5. Procede a realizar la toma de muestra al usuario y entrega resultado de la muestra realizada.
Departamento de Diagnóstico por Imágenes / Tecnólogo Médico	6. Procede a realizar la toma de placa radiográfica al usuario y entrega resultado del procedimiento.
Interesado	7. Luego de obtener los resultados de los exámenes auxiliares, presenta solicitud, comprobante de pago, resultados de los exámenes de serológica y radiografía.
Trámite Documentario / Técnico Administrativo	8. Verifica que documentos cumplan con los requisitos establecidos en el Texto Único de Procedimientos Administrativos, coloca sello, Vº Bº y fecha en la solicitud, desglosa solicitud, y entrega el cargo de solicitud al interesado.





Administración de Consultorios Externos / Enfermera	9. Registra la solicitud en la base de datos y deriva a Administración de Consultorios Externos.
Departamento de Consulta Externa / Triaje / Médico	10. Recepciona, registra la solicitud y entrega al médico, el formato de Certificado de Salud, a Triaje de Consultorios Externos, para la atención correspondiente.
Departamento de Consulta Externa / Jefe/a de Departamento	11. Recibe la solicitud y procede evaluar los resultados Serológico y Radiografía del interesado, y procede de acuerdo al diagnóstico médico: 11.1. Si es favorable procede a elaborar el certificado de buena salud. 11.2. Caso contrario se le informa al interesado, y elabora certificado detallando que no se encuentra en buena salud.
Administración de Consultorios Externos / Enfermera	12. Procede a visar el Certificado de Salud del interesado, y luego entregado a Administración de Consultorio Externo.
Fin	13. Entrega el Certificado de Salud al interesado, haciéndole firmar el cargo, y el expediente queda archivada temporalmente. Certificado de Salud elaborado.

**ENTRADAS**

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
1. Solicitud de Certificado de Salud	Interesado o Representante Legal	diario	Mecanizado
2. Exámenes Clínicos (Serológica y radiografía)	Serv. Neumología y Laboratorio	diario	Manual

**SALIDAS**

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
1. Certificado de Salud.	Interesado o Representante Legal	diario	Manual

**DEFINICIONES:**

1. Certificado de Salud: Documento que indica o señala el estado de no enfermedad de una persona y la evidencia demostrada con exámenes auxiliares.

**REGISTROS :**

1. Formato – Solicitud
2. Libro de Registro / Documentario
3. Formato – Resultado Médico
4. Cuaderno de Registro

**ANEXOS :**

1. Flujograma
2. Formato – Solicitud

F-ORG-10.0

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
que he tenido a la vista

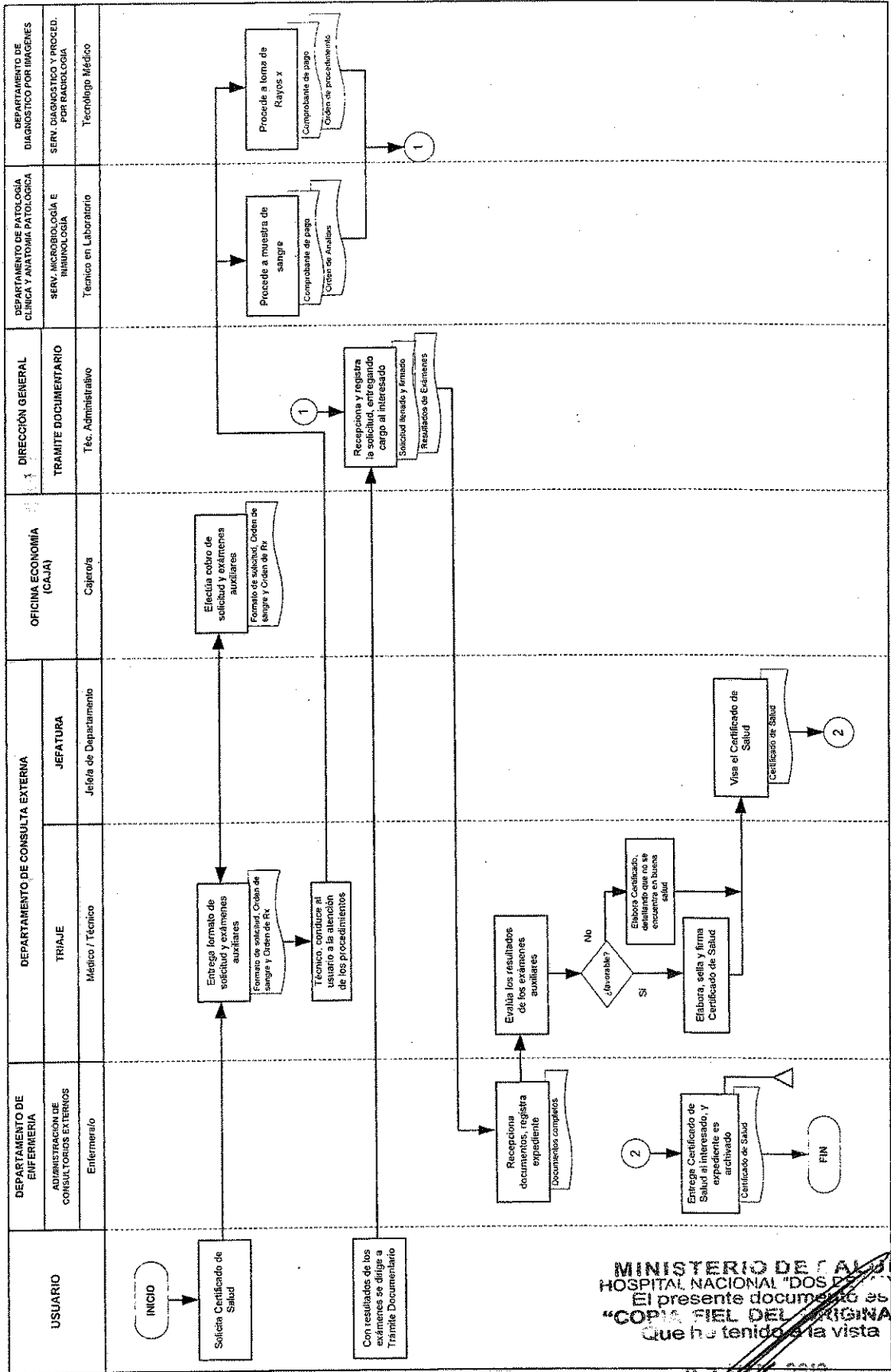
27 MAR 2018

ST. JUAN CARO RIVAS  
SECRETARÍA






**PROCEDIMIENTO: CERTIFICADO DE SALUD**



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Que ha tenido la vista

27 de Mayo, 2018

**Julio ACARO RIVAS**  
RECIBATARIO

 Ministerio de Salud nacional que atiende a personas	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de procesos y Procedimientos Versión: 2.0 Ficha 2 de 5
---	---------------------------------------	--

PROCESO: Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud / Recuperación y Rehabilitación de la Salud.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	<b>INFORME MÉDICO, PSICOSOMÁTICO, PSICOLÓGICO O ODONTOLÓGICO</b>	FECHA: MAR - 2018 CÓDIGO:
---------------------------	--	------------------------------

<b>PROPÓSITO:</b>	Otorgar al paciente el Informe Médico, Psicosomático, Psicológico y Odontológico por haber recibido atención médica en el establecimiento de salud.
<b>ALCANCE:</b>	Dirección General / Trámite Documentario Oficina de Economía / Caja Oficina de Estadística e Informática Órganos de Línea (Servicios Asistenciales)
<b>MARCO LEGAL:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arts. 13º, 15º y 24º de la Ley N° 26842 – “Ley General de Salud”, publicado el 20-07-97.</li> <li>• Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.</li> <li>• Numeral 55,1º del Art. 55º y Art. 52º, Decreto Supremo N° 006-2017-JUS, aprueba la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General.</li> <li>• R.M. N° 041-2018/MINSA, Aprueba la modificación de Texto Único de Procedimientos Administrativos del Ministerio de Salud y sus Órganos Desconcentrados.</li> </ul>

**ÍNDICES DE PERFORMANCE**

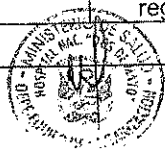
INDICADOR	UNID. DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Expedientes Atendidos	Núm. de Informes	Sistema Trámite Documentario	Departamento o Servicio Correspondiente
Expedientes Atendidos = $\frac{\text{Número de Informes Atendidos}}{\text{Número de Informes Recibidos}}$			

**NORMAS**

- Directiva N° 007 – MINSA / OGPE – V.02 “Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional”, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 809- 2006/MINSA.

**DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS**

<b>Inicio</b>	Interesado solicita información del trámite administrativo a realizar.
Trámite Documentario / Técnico Administrativo	1. Orienta sobre el trámite administrativo a seguir e indica los requisitos a presentar de acuerdo al Texto Único de Procedimientos Administrativos - TUPA, así mismo le hace entrega del formato de solicitud, según modelo.
Interesado	2. Llena la solicitud, adjunta los requisitos establecidos en el TUPA, y realiza el pago por derecho al trámite administrativo.
Caja / Técnico Administrativo	3. Realiza cobro por derecho del Trámite Administrativo establecido en el TUPA, imprime comprobante de pago (emisor, control administrativo y usuario), entrega comprobante de pago (control administrativo y usuario) al interesado y comprobante de pago (emisor) se archiva.
Interesado	4. Presenta solicitud, comprobante de pago y otros requisitos que establezca el TUPA al Técnico Administrativo de Trámite Documentario de la Dirección General.
Trámite Documentario / Técnico Administrativo	5. Verifica que documentos cumplan con los requisitos establecidos en el Texto Único de Procedimientos Administrativos, coloca sello, V° B° y fecha en la solicitud, desglosa solicitud, haciéndole entrega del cargo de la solicitud al interesado e indica tiempo de atención al trámite solicitado de acuerdo al TUPA. 6. Entrega solicitud al encargado del trámite administrativo del TUPA.
Of. Estadística e Informática / Técnico de Archivo	7. Registra solicitud, ubica Historia Clínica del interesado, y lo adjunta a la solicitud, y entrega al Servicio Asistencial correspondiente, registrando su salida en libro de registro.







Servicio Asistencial / Médico, Psicólogo u Odontológico	8. Secretaria o personal encargado recepciona y registra el documento e Historia Clínica del interesado y le entrega al Jefe del Servicio Asistencial.
	9. Jefe del servicio entrega la Solicitud + historia clínica al médico tratante. En el caso que el médico estuviere ausente, corresponde hacerlo al jefe del Servicio.
	10. Médico tratante procede a elaborar el Informe Médico, Psicosomático, Psicológico u Odontológico del interesado.
Servicio Asistencial / Asistente Ejecutivo	11. Registra y con libro de salida, entrega el Informe a la Oficina de Estadística e Informática.
Of. Estadística e Informática / Técnico Archivo	12. Recibe, registra y deriva Informe Médico, psicosomático, psicológico o odontológico, según el tipo de personería: 13.1 Si es persona natural, se entrega al interesado al instante. (firma el cargo) 13.2 Si es persona jurídica, se prepara oficio de presentación y se deriva a Trámite Documentario de la Dirección General.
	13. Recibe, revisa y deriva el Informe al Director Adjunto para la firma en el Oficio de presentación.
Dirección / Director Adjunto	14. Recibe y firma el Oficio de presentación del procedimiento del interesado. El cual se devuelve a Tramite Documentario.
Trámite Documentario / Técnico Administrativo	15. Recepciona, registra los documentos y deriva a la Oficina de Estadística e Informática.
Of. Estadística e Informática / Técnico de Archivo	16. Recepciona documento y le entrega al Curriel, para la distribución a las Instituciones Públicas y/o Privadas.
Of. Estadística e Informática / Técnico en Archivo	17. El expediente administrativo del Informe Médico, Psicosomático, Psicológico o Odontológico de persona natural y persona jurídica es archivada temporalmente en el área de Trámite Administrativo – TUPA de la Oficina de Estadística e Informática.
<b>Fin</b>	Informe Médico, Psicosomático u Odontológico elaborado y entregado al interesado.

**ENTRADAS**

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
1. Solicitud de Informe Médico, Psicosomático, Psicológico o Odontológico.	Interesado o Representante Legal	diario	Mecanizado
2. Historia Clínica	Oficina de Estadística e Informática	diario	Manual

**SALIDAS**

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
1. Informe Médico, Psicosomático, Psicológico o Odontológico	Interesado o Representante Legal	diario	Mecanizado

**DEFINICIONES:**

1. Informe Médico, Psicosomático, Psicológico o Odontológico: Documento que registra en forma resumida lo acontecido durante el proceso de atención que recibe una persona durante un periodo.

**REGISTROS :**

1. Formato – Solicitud
2. Libro de Registro / Documentario
3. Libro de Registro / Historia Clínica
4. Cuaderno de Registro

**ANEXOS :**

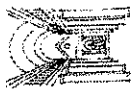
1. Flujograma
2. Formato – Solicitud

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
que no tiene validez

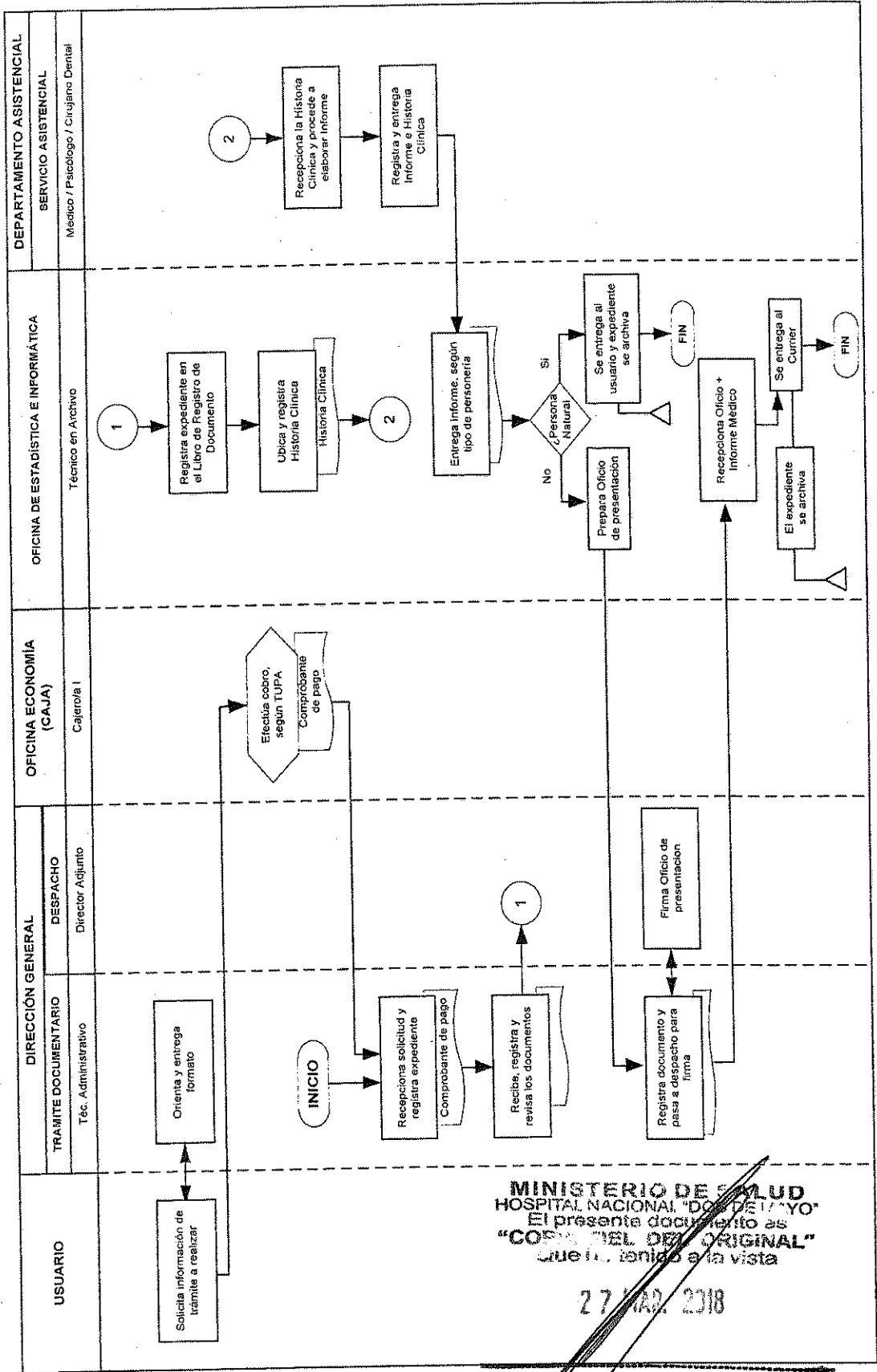
27 MAR 2018

Sr. Julio ACARO RIVAS  
SECRETARÍA





**PROCEDIMIENTO: INFORME MEDICO, PSICOSOMATICO, PSICOLOGICO O ODONTOLOGICO**



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA DEL ORIGINAL"  
que se tiene a la vista


27 MAR. 2018

SE JULIO AGUIRRE RIVAS  
COORDINADOR



27 MAR 2018

Sr. JULIO CARO RIVAS  
SECRETARIO

	<p>FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO</p>	<p>Manual de procesos y Procedimientos Versión: 2.0 Ficha 3 de 5</p>
---	--	--

PROCESO: Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud / Recuperación y Rehabilitación de la Salud.

<p>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</p>	<p>CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</p>	<p>FECHA: MAR - 2018 CÓDIGO:</p>
----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

<p>PROPÓSITO:</p>	<p>Otorgar al paciente el Certificado de Discapacidad por haber recibido atención médica en el establecimiento de salud.</p>
<p>ALCANCE:</p>	<p>Dirección General / Trámite Documentario Departamento de Medicina / Servicio de Rehabilitación Oficina de Estadística e Informática</p>
<p>MARCO LEGAL:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arts. 59° y 73° de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, publicado el 24-12-12.</li> <li>• Arts. 13°, 14° y 24° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, del 20-07-97.</li> <li>• Art. 67° del D.S. N° 002-2014-MINP - Reglamento de la Ley N° 29973 del 08-04-14.</li> <li>• Numeral 55,1° del Art. 55° y Art. 52°, Decreto Supremo N° 006-2017-JUS, aprueba la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General.</li> <li>• R.M. N° 041-2018/MINSA, Aprueba la modificación de Texto Único de Procedimientos Administrativos del Ministerio de Salud y sus Órganos Desconcentrados.</li> </ul>

#### ÍNDICES DE PERFORMANCE

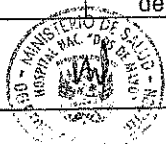
INDICADOR	UNID. DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Expedientes Atendidos	Núm. de Certificados	Sistema Trámite Documentario	Departamento o Servicio correspondiente
<p>Expedientes Atendidos = <math>\frac{\text{Número de Certificados Atendidos}}{\text{Número de Certificados Recibidos}}</math></p>			

#### NORMAS

<p>▪ Directiva N° 007 – MINSA / OGPE – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 809- 2006/MINSA.</p>
--

#### DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

<p>Inicio</p>	<p>Interesado solicita información del trámite administrativo a realizar.</p>
<p>Departamento de Especialidades Médica / Asistente Ejecutivo</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orienta al usuario sobre el trámite administrativo a seguir e indica los requisitos a presentar de acuerdo al Texto Único de Procedimientos Administrativos – TUPA.</li> <li>2. Procede a programar cita médica del paciente, para su respectiva evaluación por motivo de discapacidad.</li> </ol>
<p>Servicio de Medicina de Rehabilitación / Médico Especialista</p>	<p><b>Evalúa a paciente:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Si tiene evaluación por especialidad que produce la discapacidad, el médico entregará orden de autorización para tramitar certificado por mesa de partes del HNDM.</li> <li>4. En caso que no tenga evaluación, se deriva a la especialidad médica correspondiente, para su respectiva evaluación.</li> </ol>
<p>Interesado</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Luego de pasar evaluación médica, se acerca a la encargada del proceso de Certificados de Discapacidad, para solicitarle la orden de autorización de trámite correspondiente.</li> <li>6. Presenta al Equipo de Trámite Documentario del Hospital, la solicitud de Certificado de Discapacidad</li> </ol>





Equipo de Trámite Documentario / Técnico Administrativo	7. Verifica que documentos cumplan con los requisitos establecidos en el TUPA, coloca sello, Vº Bº y fecha en la solicitud, desglosa solicitud, haciéndole entrega del cargo al interesado. 8. Registra en la base de datos y lo deriva a la encargada del trámite de Certificado de Discapacidad.
Departamento de Especialidades Médica / Asistente Ejecutivo	9. Recepciona la solicitud y solicita Historia Clínica del interesado.
Oficina de Estadística e Informática / Técnico en Archivo	10. Procede a ubicar la Historia Clínica del paciente y entrega con cargo a la encargada del trámite de Certificado de Discapacidad.
Departamento de Especialidades Médica / Asistente Ejecutivo	11. Recepciona la Historia Clínica del paciente y con documento completo entrega al Médico Especialista para su evaluación correspondiente.
Servicio de Medicina de Rehabilitación / Médico Especialista	12. Procede a elaborar el Certificado de Discapacidad, y lo deriva al Jefe del Departamento, para la firma correspondiente.
Departamento de Especialidades Médica / Jefe	13. Revisa el documento y procede a firmar el Certificado de Discapacidad.
Departamento de Especialidades Médica / Asistente Ejecutivo	14. Recepciona el Certificado debidamente firmados y lo eleva con Oficio a la Dirección General, para la firma correspondiente.
Equipo de Trámite Documentario / Técnico Administrativo	15. Recepciona documento, registra y eleva al despacho del Director/a General.
Dirección General / Director/a General	16. Luego de revisar el documento, procede a firmar el Certificado de Discapacidad.
Equipo de Trámite Documentario / Técnico Administrativo	17. Registra y deriva el Certificado de Discapacidad al Departamento de Especialidades Médica.
Departamento de Especialidades Médica / Asistente Ejecutivo	18. Procede a la entrega del Certificado de Discapacidad al interesado.
Fin	Certificado de Discapacidad entregado al interesado.

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
1. Solicitud de Certificado de Discapacidad	Interesado o Representante Legal	Semanal	Mecanizado
2. Historia Clínica	Oficina de Estadística e Informática	Semanal	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
1. Certificado de Discapacidad.	Interesado o Representante Legal	Semanal	Manual

<b>DEFINICIONES:</b>	1. Certificado de Discapacidad: Documento que registra el diagnóstico de una enfermedad o su secuela que ha originado una limitación física o mental de una persona con la descripción de dicha limitación.
<b>REGISTROS :</b>	1. Formato – Solicitud 1. Libro de Registro / Documentario 2. Libro de Registro / Historia Clínica 3. Cuaderno de Registro
<b>ANEXOS :</b>	1. Flujograma 2. Formato – Solicitud

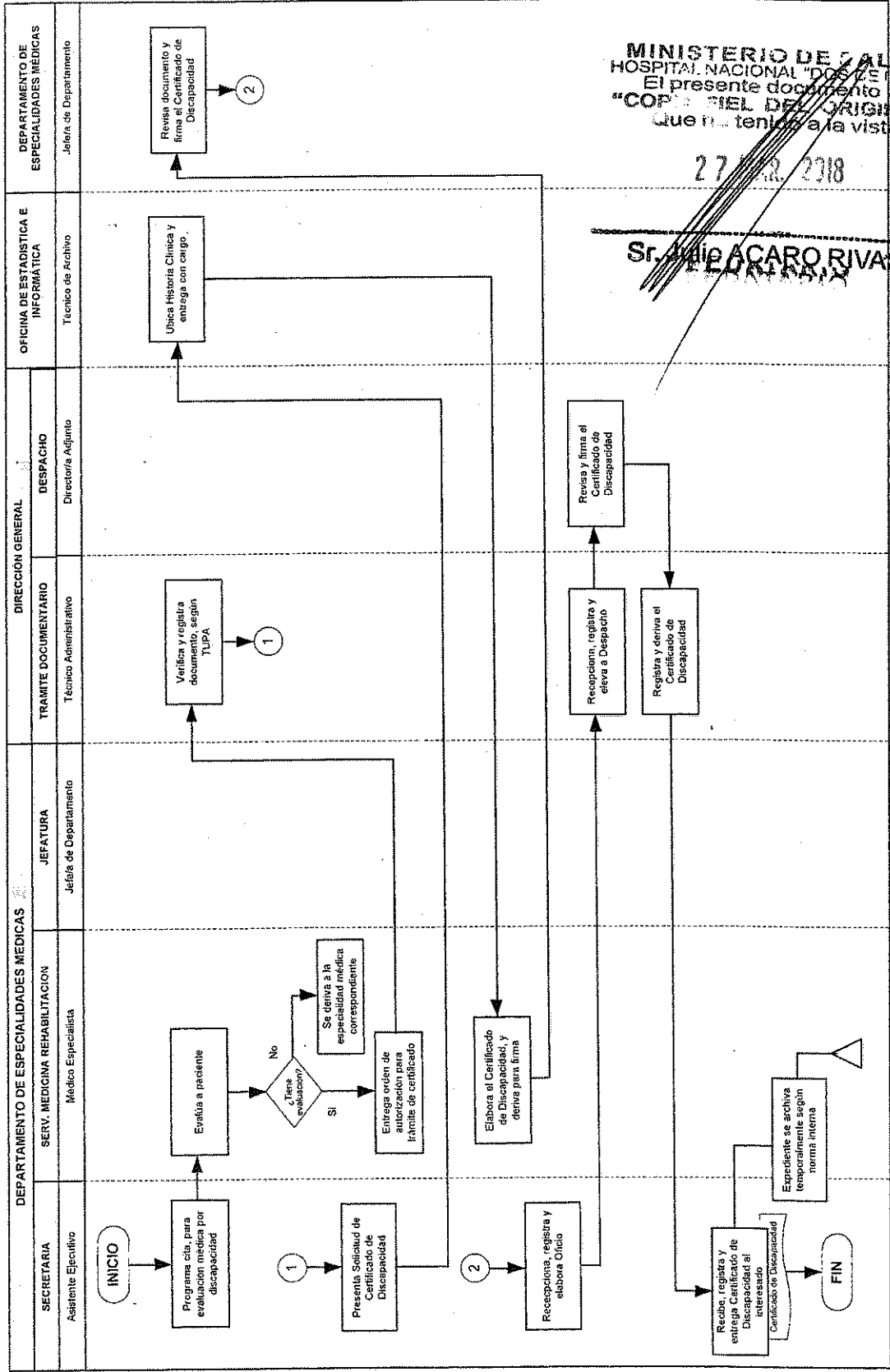
MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
que he tenido a la vista

27 MAR 2010

St. Julio ACAROTIVAS  
FRODILAN



**PROCEDIMIENTO: CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Que no tiene validez a la vista


27 MAR 2018

Sr. ~~ALVARO RIVAS~~  
~~SECRETARIA~~





27 MAR 2018

 Ministerio de Salud Personas que crecemos juntos	Sr. Julio ACARO RIVAS FISCALARIO <b>FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO</b>	Manual de procesos y Procedimientos Versión: 2.0 Ficha 4 de 5
--	---	--

PROCESO: Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud / Recuperación y Rehabilitación de la Salud.

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	<b>CERTIFICADO MEDICO DE INVALIDEZ</b>	FECHA: MAR - 2018 CÓDIGO:
----------------------------------	--	------------------------------

<b>PROPÓSITO:</b>	Otorgar al paciente el Certificado Médico de Invalidez por haber recibido atención médica en el establecimiento de salud.
<b>ALCANCE:</b>	Dirección General / Trámite Documentario Oficina de Economía / Caja Oficina de Estadística e Informática Órgano de Línea / Servicio Asistencial
<b>MARCO LEGAL:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley N° 27023, Ley que modifica el Art. 26 de la Ley del Sistema Nacional de Pensiones, publicado el 24-12-98.</li> <li>• D.S. N° 166-2005-EF - "Certificado Médico para el Otorgamiento de Pensión de Invalidez", publicado el 07-12-05.</li> <li>• R.M. N° 478-2006/MINSA - Aprueba Directiva Sanitaria N° 003-MINSA/DGSP-V-01 "Aplicación Técnica del Certificado Médico requerido para el otorgamiento de pensión de invalidez - D.S. N° 166-2005-EF".</li> <li>• Numeral 55,1° del Art. 55° y Art. 52°, Decreto Supremo N° 006-2017-JUS, aprueba la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General.</li> <li>• R.M. N° 041-2018/MINSA, Aprueba la modificación de Texto Único de Procedimientos Administrativos del Ministerio de Salud y sus Órganos Desconcentrados.</li> </ul>

**ÍNDICES DE PERFORMANCE**

INDICADOR	UNID. DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Expedientes Atendidos	Número de Certificados	Sistema Trámite Documentario	Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad
$\text{Expedientes Atendidos} = \frac{\text{Número de Certificados Atendidos}}{\text{Número de Certificados Recibidos}}$			

**NORMAS**

- Directiva N° 007 – MINSA / OGPE – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 809- 2006/MINSA.

**DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS**

<b>Inicio</b>	Interesado solicita información del trámite administrativo a realizar.
Departamento de Especialidades Médica / Asistente Ejecutivo	1. Orienta sobre el trámite administrativo a seguir e indica los requisitos a presentar de acuerdo al Texto Único de Procedimientos Administrativos – TUPA. 2. Procede a programar cita médica al paciente, para su respectiva evaluación por motivo de incapacidad.
Departamento de Especialidades Médica / CMCI / Médico Especialista	3. Evalúa al paciente y deriva pasar evaluaciones médicas por las especialidades correspondientes.
Servicio Asistencial / Médico Especialista	4. Evalúa al paciente y registra en la Historia Clínica
Interesado	5. Comunica a la encargada del trámite del Certificado, sobre la conclusión de la evaluación por el Médico Especialista.
Departamento de Especialidades Médica /	6. Solicita al Area de Archivo de la Oficina de Estadística e Informática, la Historia Clínica del paciente.





Asistente Ejecutivo	7. Solicita a los médicos especialistas, el informe de evaluación de incapacidad. 8. Deriva el informe e Historia Clínica a la Comisión de Incapacidad. 9. Entrega los formatos de solicitud y orden de pagos a los interesados.
Comisión Médica Calificadora de Incapacidad / Médico Especialista	10. Miembros de la Comisión proceden a evaluar el informe de Evaluación Médica de Incapacidad, elaborado por el médico especialista.
Interesado	11. Llena solicitud de Certificado de acuerdo a los requisitos del TUPA y lo presenta a Caja, para su respectivo pago.
Oficina de Economía / Caja / Cajero	12. Efectúa cobro por el derecho del Trámite Administrativo establecido en el TUPA, imprime comprobante de pago (emisor, control administrativo y usuario), entrega comprobante de pago (control administrativo y usuario) al interesado y comprobante de pago (emisor) se archiva.
Interesado	13. Luego de haber realizado el pagado de acuerdo al TUPA, presenta solicitud a Tramite Documentario debidamente llenada, firmada, adjuntando copia del comprobante de pago y DNI.
Trámite Documentario / Técnico Administrativo	14. Verifica que documentos cumplan con los requisitos establecidos en el TUPA, coloca sello, V° B° y fecha en la solicitud, desglosa solicitud, haciéndole entrega del cargo de la solicitud al interesado. 15. Registra solicitud en la base de datos y entrega a la Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad.
Departamento de Especialidades Médica / Asistente Ejecutivo	16. Registra y elabora el tipeo del llenado del Certificado Médico de Invalidez, y luego lo entrega a la Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad, para la firma correspondiente.
Comisión Médica Calificadora de Incapacidad / Médico Especialista	17. Proceden a sellar y firmar el Certificado Médico de Incapacidad del interesado, y entregarlo a la encargada del trámite del Certificado.
Departamento de Especialidades Médica / Asistente Ejecutivo	18. Recepciona el Certificado, registra y entrega el Certificado Médico de Incapacidad al interesado.
Fin	Certificado Médico de Invalidez elaborado

#### ENTRADAS

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
1. Solicitud de Certificado Médico de Invalidez	Interesado o Representante Legal	Mensual	Mecanizado
2. Historia Clínica	Oficina de Estadística e Informática	Mensual	Manual

#### SALIDAS

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
1. Certificado Médico de Invalidez	Interesado o Representante Legal	Mensual	Manual

#### DEFINICIONES:

1. Certificado Médico de Invalidez: Es el documento técnico médico, administrativo y legal expedido por la Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad que determina el grado y naturaleza de la incapacidad de una persona, conforme a las normas vigentes.
2. Expediente: Conjunto de documentos o requisitos necesarios para el trámite administrativo.

#### REGISTROS :

1. Formato – Solicitud
2. Libro de Registro / Documentario
3. Libro de Registro / Historia Clínica
4. Cuaderno de Registro

#### ANEXOS :

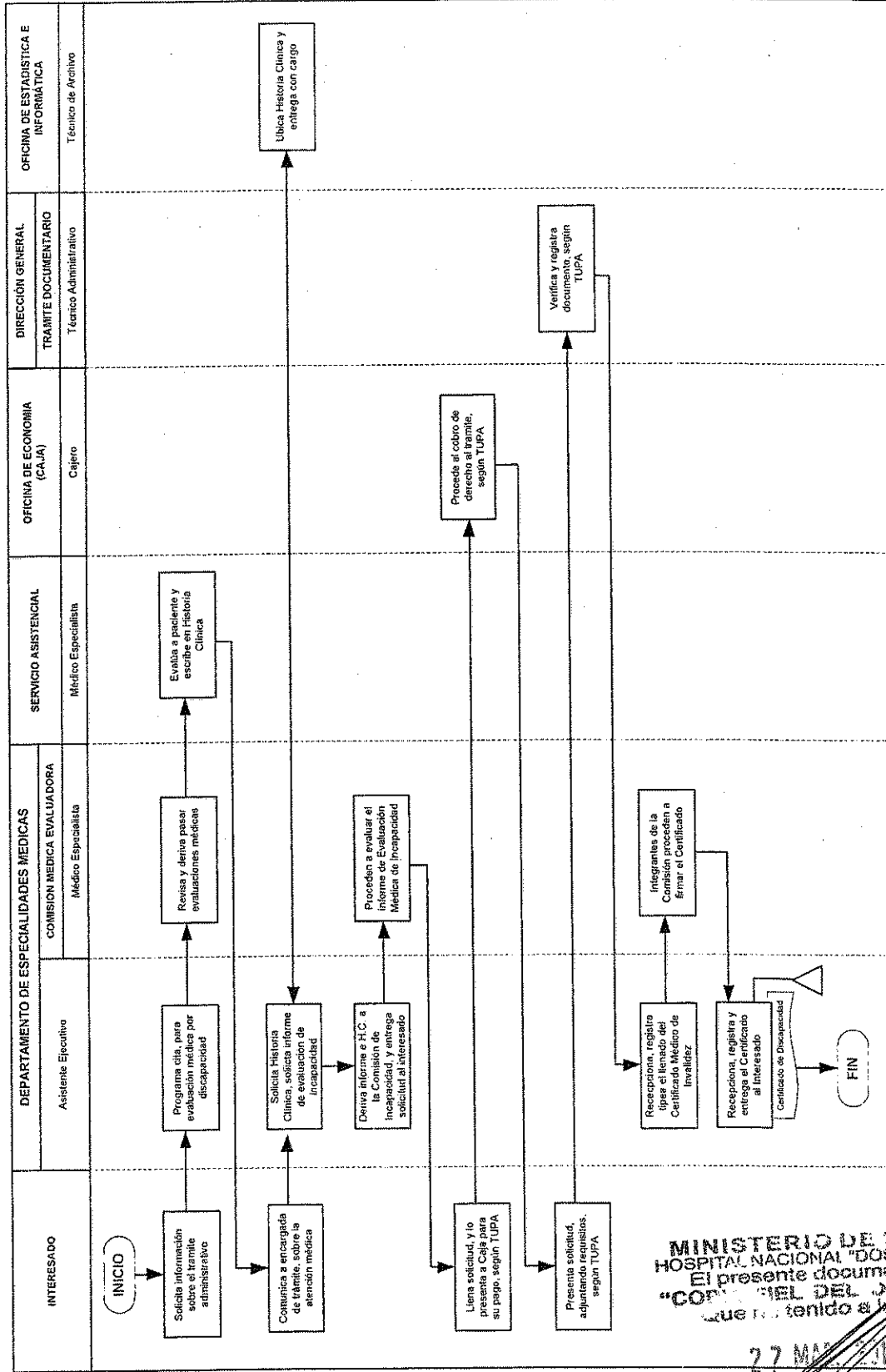
1. Flujograma
2. Formato – Solicitud

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
que no tiene validez  
27 MAR 2018

SECRETARÍA ACARORIVAS  
SECRETARÍA



**PROCEDIMIENTO: CERTIFICADO MEDICO DE INVALIDEZ**



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA DEL ORIGINAL"  
que he tenido a mi vista


27 MAR 2010

**S. JUDACARO RIVAS**  
FEDATARIO





27 MAR 2018

	<b>SE JUDICACARO RIVAS</b> <b>FECHASIX</b> <b>FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO</b>	Manual de procesos y Procedimientos Versión: 2.0 Ficha 5 de 5
---	---	--

**PROCESO:** Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:</b>	<b>RECURSO DE APELACION EN PROCESOS DE SELECCION</b>	<b>FECHA:</b> MAR - 2018 <b>CÓDIGO:</b>
----------------------------------	--	--

<b>PROPÓSITO:</b>	Resolver los recursos de apelación presentados por los postores en los procedimientos de selección, de acuerdo a las normas legales.
<b>ALCANCE:</b>	Dirección General / Trámite Documentario, Oficina de Economía / Caja, Oficina de Asesoría Legal, Oficina de Logística / Equipo de Adquisiciones y Contrataciones.
<b>MARCO LEGAL:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, del 11-07-14.</li> <li>• Decreto Supremo N° 350-2015-EF, Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado – Ley N° 30225, del 10-12-15.</li> <li>• Decreto Legislativo N° 1341, que modifica la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, del 07-01-17.</li> <li>• Decreto Supremo N° 006-2017-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General.</li> <li>• Decreto Supremo N° 013-2009-SA, Aprueba el Texto Único de Procedimientos Administrativos del Ministerio de Salud y sus Órganos Desconcentrados.</li> <li>• Decreto Supremo N° 004-2010-SA "Modifican el Texto Único de Procedimientos Administrativos - TUPA del Ministerio de Salud y sus Órganos Desconcentrados.</li> </ul>

**ÍNDICES DE PERFORMANCE**

INDICADOR	UNID. DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Expedientes Atendidos	Número de Apelaciones	Sistema Trámite Documentario	Titular de la Entidad
$\text{Expedientes Atendidos} = \frac{\text{Número de Apelaciones Atendidos}}{\text{Número de Apelaciones Recibidos}}$			

**NORMAS**

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Directiva N° 007 – MINSAL / OGPE – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional", aprobada mediante Resolución Ministerial N° 809- 2006/MINSAL.</li> </ul>
---

**DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS**

<b>Inicio</b>	Usuario presenta Recurso de Apelación en Proceso de Selección.
Trámite Documentario / Técnico Administrativo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recibe documentos, verifica los requisitos de admisibilidad de acuerdo a la normativa de contrataciones vigente, de estar conforme, coloca sello y fecha en la solicitud, desglosa solicitud, y entrega del cargo de la solicitud al interesado.</li> <li>2. Registra la solicitud en la base de datos y remite a la Dirección General.</li> <li>3. Remite copia de recurso de apelación a la Oficina de Logística, para que proyecte Resolución Directoral.</li> </ol>
Dirección General / Asistente Ejecutivo	4. Recepciona, registra el expediente en el libro de registro de documento y eleva al despacho.
Dirección General / Director General	5. Hace despacho y da pase del expediente a la Oficina de Asesoría Jurídica.
Oficina de Asesoría Jurídica / Asistente Ejecutivo	6. Recepciona y registra el expediente y eleva al despacho del Jefe de Oficina.
Oficina de Asesoría Jurídica / Jefe/a de Oficina	7. Evalúa expediente de contratación y solicita documentos a la Oficina de Logística.
Oficina de Logística / Asistente Ejecutivo	8. Recepciona y deriva lo solicitado al responsable, para la entrega de expediente.





Oficina de Logística / Equipo de Trabajo de Adquisiciones y Contrataciones / Técnico Administrativo	9. Ubica documentos solicitados y remite expediente completo a la Oficina de Asesoría Jurídica.
Oficina de Asesoría Jurídica / Jefe de Oficina	10. Recibe el expediente y califica el Recurso de Apelación, emitiendo opinión legal respectiva; de ser el caso, recomienda audiencia pública a las partes. 11. Elabora proyecto de Resolución Directoral, para ser elevado a la Dirección General.
Dirección General / Director/a General	12. Aprueba proyecto de Resolución, resolviendo el Recurso de Apelación.
Dirección General / Asistente Ejecutivo	13. Remite el expediente dentro del plazo máximo para su registro en SEACE.
Oficina de Logística / Técnico Administrativo	14. Registra la Resolución aprobada en el Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado - SEACE.
Fin	Recurso de Apelación en Proceso de Selección, aprobado por Resolución.

ENTRADAS			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
1. Solicitud de Apelación en Proceso de Selección	Interesado o Representante Legal	Diario	Manual
2. Expediente técnico	Comité Procesos Selección u Oficina Administrativa	Diario	Manual

SALIDAS			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Resolución de Apelación	Interesado o Representante Legal	Diario	Mecanizado

<p><b>DEFINICIONES :</b></p> <p><b>MINISTERIO DE SALUD</b> <b>HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"</b> El presente documento es "COPIA FIEL DEL ORIGINAL" que he tenido a la vista</p> <p>27 MAR 2018</p> <p><b>SR. JULIO ACARO RIVAS</b> SECRETARIO</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Recurso de Apelación en proceso de selección:</b> Trámite mediante el cual se impugnan los actos dictados durante el desarrollo del proceso de selección, desde la convocatoria hasta aquellos emitidos antes de la celebración del contrato.</li> <li><b>2. Expediente:</b> Conjunto de documentos o requisitos necesarios para el trámite administrativo.</li> </ol> <p><b>PLAZO PARA LA INTERPOSICIÓN DEL RECURSO:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La apelación contra el otorgamiento de la buena pro o contra los actos dictados con anterioridad a ella debe interponerse dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes de haberse notificado el otorgamiento de la buena pro. En el caso de Adjudicaciones Simplificadas, Selección de Consultores Individuales y Comparación de Precios, la apelación se presenta dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haberse notificado el otorgamiento la buena pro. En el caso de Subasta Inversa Electrónica, el plazo para la interposición del recurso es de cinco (5) días hábiles, salvo que su valor estimado corresponda al de una licitación pública o concurso público, en cuyo caso el plazo es de ocho (8) días hábiles.</li> <li>2. La apelación contra los actos dictados con posterioridad al otorgamiento de la buena pro, contra la declaración de nulidad, cancelación y declaratoria de desierto del procedimiento, debe interponerse dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes de haberse tomado conocimiento del acto que se desea impugnar. En el caso de Adjudicaciones Simplificadas, Selección de Consultores Individuales y Comparación de Precios, el plazo es de cinco (5) días hábiles. En el caso de Subasta Inversa Electrónica, el plazo para la interposición del recurso es de cinco (5) días hábiles, salvo que su valor estimado corresponda al de una licitación pública o concurso público, en cuyo caso el plazo es de ocho (8) días hábiles.</li> </ol>
---	---





<b>REGISTROS :</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Formato – Solicitud</li><li>2. Libro de Registro / Documento</li><li>3. Formato – Solicitud</li></ol>
<b>ANEXOS :</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Flujograma</li></ol>

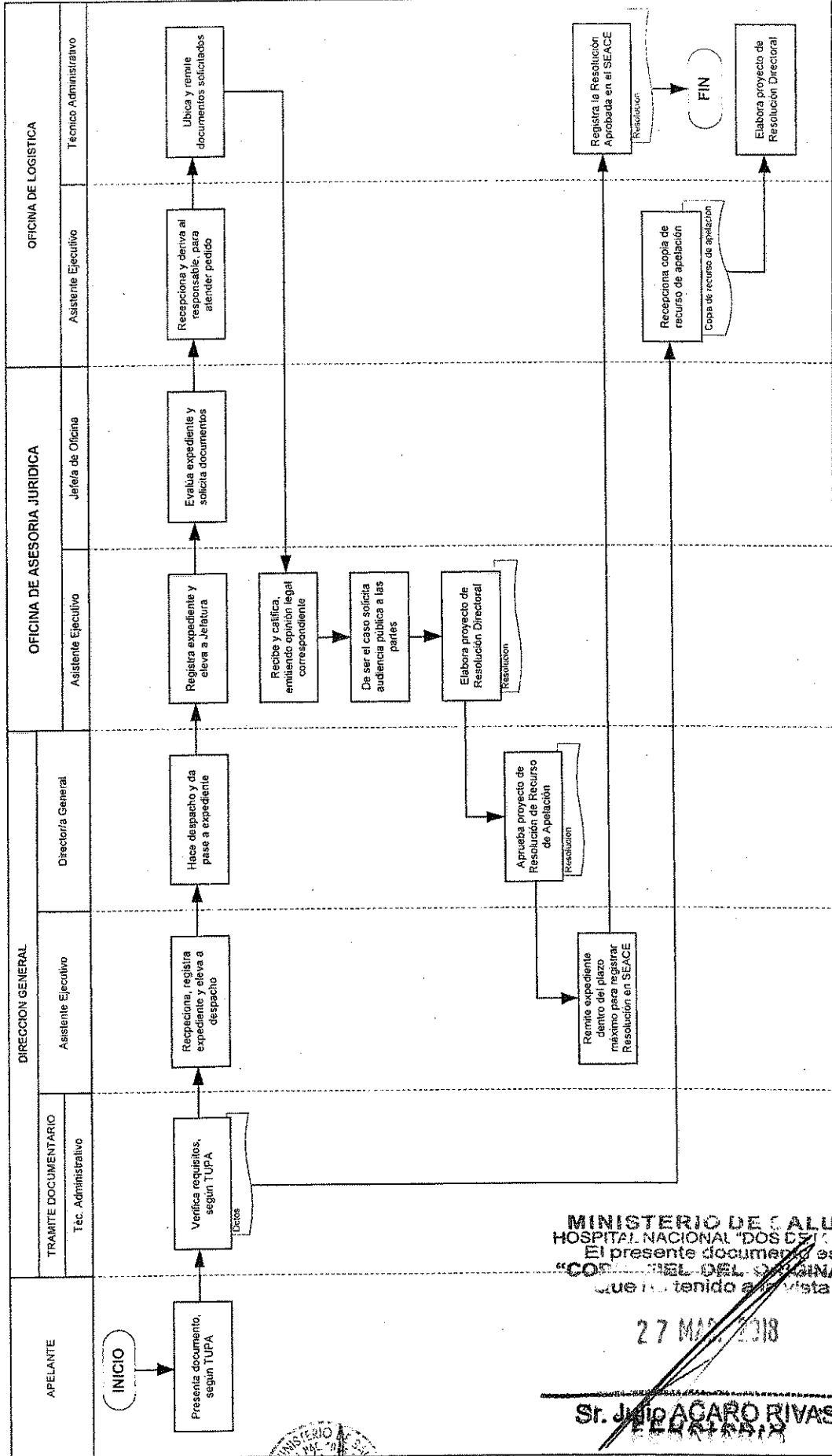
MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
Que he tenido a la vista

27 MAR 2018

Sr. JULIO ACARO RIVAS  
SECRETARÍA



**PROCEDIMIENTO: RECURSO DE APELACION EN PROCESOS DE SELECCIÓN**



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA DEL ORIGINAL"  
que ha tenido a su vista

27 MAR 2018

St. JUAN ACARO RIVAS  
FERRERAS





## ANEXOS

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
que se tiene a la vista

27 MAR 2018

\_\_\_\_\_  
Sr. Julio ACARO RIVAS  
COORDINADOR





**SOLICITO:** Certificado de Salud

SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
S.D.

Yo, ....., con D.N.I. N°  
....., con domicilio en ....., ante  
usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, teniendo la necesidad de contar con un documento que conste mi  
estado de salud, para presentar en .....,  
motivo por el cual, solicito a usted se me expida un **CERTIFICADO DE SALUD**.  
Por tanto:

Sírvase atender mi solicitud, por ser de justicia.

Lima,..... de ..... del .....

.....  
FIRMA

D.N.I. N° .....

**Requisitos:** (presentar en Trámite Documentario - HNDM)

- Solicitud dirigida al Director del Hospital
- Resultados de los exámenes de sangre y Rx.




MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
que se le tiene a la vista

27 MAR 2018

**Sr. Julio ACARO RIVAS**  
F. ACARO RIVAS





**RADIODIAGNOSTICO**  
"CALIDAD EN SALUD PARA NUESTROS PACIENTES"

H.C. N° \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SEXO: (M)  (F)  EDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
INFORMACION CLINICA: \_\_\_\_\_

DPTO./SRV. \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_

IMPRESION DIAGNOSTICA


<p><b>01.01 MIEMBRO SUP. E INF.</b></p> <p>01.01.01 <input type="checkbox"/> ANTEBRAZO (2 POS)</p> <p>01.01.02 <input type="checkbox"/> CLAVICULA (F)</p> <p>01.01.03 <input type="checkbox"/> CODO (2 POS)</p> <p>01.01.04 <input type="checkbox"/> DEDOS (2 POS)</p> <p>01.01.05 <input type="checkbox"/> EDAD OSEA</p> <p>01.01.06 <input type="checkbox"/> HOMBRO (2 POS)</p> <p>01.01.07 <input type="checkbox"/> HOMBRO-BRAZO (2 POS)</p> <p>01.01.08 <input type="checkbox"/> MANO (2 POS)</p> <p>01.01.09 <input type="checkbox"/> MARIECA (2 POS)</p> <p>01.01.51 <input type="checkbox"/> ARTICULACION COXO FEMORAL</p> <p>01.01.52 <input type="checkbox"/> ARTICULACION SACROILIACA</p> <p>01.01.53 <input type="checkbox"/> CALCANEOS</p> <p>01.01.54 <input type="checkbox"/> DEDO DEL PIE</p> <p>01.01.55 <input type="checkbox"/> FEMUR-ANUSLO (2 POS)</p> <p>01.01.56 <input type="checkbox"/> PELVIS</p> <p>01.01.57 <input type="checkbox"/> PIE</p> <p>01.01.58 <input type="checkbox"/> PIERNA</p> <p>01.01.59 <input type="checkbox"/> RODILLA</p> <p>01.01.60 <input type="checkbox"/> ROTULA</p> <p>01.01.61 <input type="checkbox"/> TOBILLO (2 POS)</p> <p>01.01.62 <input type="checkbox"/> MANO (GRAND FINO)</p> <p>01.01.63 <input type="checkbox"/> PEVIS + FERGUNSON (FRONTAL)</p> <p>01.01.64 <input type="checkbox"/> COXOFEMORAL-CADERA</p> <p><b>01.02 APARATO DIGESTIVO</b></p> <p>01.02.02 <input type="checkbox"/> COLANGIOGRAFIA OPERATORIA</p> <p>01.02.03 <input type="checkbox"/> COLANGIOGRAF. POST-OPER.</p> <p>01.02.04 <input type="checkbox"/> COLELITOGRAFIA ORAL</p> <p>01.02.05 <input type="checkbox"/> COLICA CON ESTEREA (RADIOFACIO)</p> <p>01.02.06 <input type="checkbox"/> DUXOENOGRAFIA (HIPOTONICA)</p> <p>01.02.07 <input type="checkbox"/> ESOFAGO</p> <p>01.02.08 <input type="checkbox"/> ESTOMAGO Y DUODENO X 8 PLACAS</p> <p>01.02.09 <input type="checkbox"/> LEOCECO APENDICULAR</p>	<p>01.02.10 <input type="checkbox"/> MUCOSOGRAF. VO DOBLE CONTRAST.</p> <p>01.02.11 <input type="checkbox"/> TRANSITO INTESTINAL</p> <p>01.02.71 <input type="checkbox"/> ABDOMEN DECUBITO (1 POS)</p> <p>01.02.72 <input type="checkbox"/> ABDOMEN SIMPLE (2 POS)</p> <p>01.02.73 <input type="checkbox"/> ABDOMEN SIMPLE DE PE</p> <p><b>01.03 TORAX</b></p> <p>01.03.02 <input type="checkbox"/> CORAZON GRANDE VASOS</p> <p>01.03.03 <input type="checkbox"/> ESTERNON (2 POS)</p> <p>01.03.04 <input type="checkbox"/> MEDASTINO (F.P)</p> <p>01.03.07 <input type="checkbox"/> PARRILLA COSTAL (F.P.)</p> <p>01.03.08 <input type="checkbox"/> PULMONES (F.Y.P)</p> <p>01.03.10 <input type="checkbox"/> PULMONES FRONTAL</p> <p>01.03.11 <input type="checkbox"/> ESCAPULA (2 POS)</p> <p><b>01.04 SISTEMA URINARIO</b></p> <p>01.04.01 <input type="checkbox"/> CISTOGRAFIA</p> <p>01.04.03 <input type="checkbox"/> PIELOGRAFIA ASCENDENTE</p> <p>01.04.05 <input type="checkbox"/> URETROCISTOGRAFIA</p> <p>01.04.06 <input type="checkbox"/> UROGRAFIA EXCRETORA</p> <p>01.04.07 <input type="checkbox"/> UROGRAFIA MINUTA</p> <p><b>01.05 CUELLO Y COLUMNA</b></p> <p>01.05.01 <input type="checkbox"/> COLUMNA CERVICAL (F.P)</p> <p>01.05.02 <input type="checkbox"/> COLUMNA CERVICAL (F.P. Y OBL)</p> <p>01.05.03 <input type="checkbox"/> COLUMNA CERVICAL FUNCIONAL</p> <p>01.05.05 <input type="checkbox"/> COLUMNA DORSAL (F.P)</p> <p>01.05.06 <input type="checkbox"/> COLUMNA LUMBAR (F.P)</p> <p>01.05.07 <input type="checkbox"/> COLUMNA LUMBOSACRA (F.P)</p> <p>01.05.08 <input type="checkbox"/> COLUMNA LUMBOSACRA (F.P.O)</p> <p>01.05.09 <input type="checkbox"/> COLUMNA LUMBOSACRA FUNCIONAL</p> <p>01.05.10 <input type="checkbox"/> COLUMNA SACRO-COIS (F.P)</p> <p>01.05.11 <input type="checkbox"/> LARINGE SIMPLE (1 POS)</p> <p>01.05.12 <input type="checkbox"/> CAVUM FARINGEO</p>	<p><b>01.06 CRANEO</b></p> <p>01.06.01 <input type="checkbox"/> AGUJEROS OPTICOS</p> <p>01.06.02 <input type="checkbox"/> ARCO CIGMATICCO</p> <p>01.06.03 <input type="checkbox"/> ART. TEMPORO-MANIBULAR</p> <p>01.06.06 <input type="checkbox"/> CRANEO (F.P.)</p> <p>01.06.07 <input type="checkbox"/> CRANEO (S POS)</p> <p>01.06.09 <input type="checkbox"/> MALAR. F.Y.P.</p> <p>01.06.10 <input type="checkbox"/> MASTOIDES Y PERRASCOS</p> <p>01.06.11 <input type="checkbox"/> MAXLAR. INFERIOR COMPLETO</p> <p>01.06.12 <input type="checkbox"/> MAXLAR. SUPERIOR (2 POS)</p> <p>01.06.13 <input type="checkbox"/> SENOS PARANASALES (3 POS)</p> <p>01.06.15 <input type="checkbox"/> SILLA TURCA (2 POS)</p> <p>01.06.16 <input type="checkbox"/> HUESOS PROP. DE LA NAZ (2 POS)</p> <p>01.06.17 <input type="checkbox"/> NAZOS FACIAL</p> <p><b>01.08 EXAMEN ESPECIALES</b></p> <p>01.08.01 <input type="checkbox"/> ARTERIOGRAFIA CEREBRAL (4 POS)</p> <p>01.08.02 <input type="checkbox"/> ARTERIOGRAFIA FEMORAL O PER.</p> <p>01.08.03 <input type="checkbox"/> ARTERIOGRAFIA RENAL SELECT.</p> <p>01.08.04 <input type="checkbox"/> COLANG. TRANSPARETOHEPAT.</p> <p>01.08.07 <input type="checkbox"/> ESPLENOPORTOGRAFIA</p> <p>01.08.08 <input type="checkbox"/> FISTULOGRAFIA (3 PLACAS)</p> <p>01.08.09 <input type="checkbox"/> FLEBOGRAFIA CADA MIEMBRO</p> <p>01.08.10 <input type="checkbox"/> HISTEROGRAFIA PINGOCRAFIA</p> <p>01.08.11 <input type="checkbox"/> MAMOGRAFIA BILATERAL</p> <p>01.08.12 <input type="checkbox"/> MELOGRAFIA</p> <p>01.08.13 <input type="checkbox"/> SALCOGRAFIA</p> <p>01.08.14 <input type="checkbox"/> ARTERIOGRAFIA</p> <p>01.08.22 <input type="checkbox"/> ARTERIOGRAFIA CEREB. (1 POS)</p> <p>01.08.23 <input type="checkbox"/> ARTERIOGRAFIA CEREB. (2 POS)</p> <p>01.08.24 <input type="checkbox"/> ADRETOGRAFIA TRANSLUMBAR</p> <p>01.08.25 <input type="checkbox"/> COLANG. PANCREATO-DUODEN.</p> <p>01.08.26 <input type="checkbox"/> ENDOSC. RETROGRADA</p> <p>01.08.27 <input type="checkbox"/> BRONCOGRAFIA</p>
---	---	---

SELO Y FIRMA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

**AMIGO PACIENTE TODO PAGO SE REALIZA EN LAS CAJAS DEL HOSPITAL**

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
que me tengo a la vista



**INMUNOLOGIA**  
"CALIDAD EN SALUD PARA NUESTROS PACIENTES"

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_ N.H.C. \_\_\_\_\_

SALA: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

<p>80501 <input type="checkbox"/> ALFAFETO PROTEINA</p> <p>80502 <input type="checkbox"/> ANTICUER. ANTI NUCLEARES</p> <p>80503 <input type="checkbox"/> ANTICUER. MO MUSCULO LISO</p> <p>80504 <input type="checkbox"/> ANTICUER. POS MITOCONDRIALES</p> <p>80505 <input type="checkbox"/> ANTISTREPTOLISINAS O</p> <p>80506 <input type="checkbox"/> ANTIGENO CAPSULOEMERSONO</p> <p>80507 <input type="checkbox"/> ANTIG. SUPERFICE (HEPATIS B)</p> <p>80508 <input type="checkbox"/> ANTIENA NATIVA</p> <p>80509 <input type="checkbox"/> SUB. INICIAL BETA (TAJADA RAPIDA)</p> <p>80510 <input type="checkbox"/> TORCH</p> <p>80511 <input type="checkbox"/> UCLARVOS ANTICUERPOS</p> <p>80512 <input type="checkbox"/> CITOME-GALOVERUS IGM</p> <p>80513 <input type="checkbox"/> COMPLEMENTO C-3</p> <p>80514 <input type="checkbox"/> COMPLEMENTO C-4</p>	<p>80515 <input type="checkbox"/> COMPLEMENTO SERICO</p> <p>80516 <input type="checkbox"/> DCSALE DE HFE</p> <p>80520 <input type="checkbox"/> SUB. INE. AD. BETA ELISA</p> <p>80521 <input type="checkbox"/> ELISA HIV (CONSULTADO)</p> <p>80522 <input type="checkbox"/> ELISA VIH (CERTIFICADO)</p> <p>80523 <input type="checkbox"/> FTA ABS-RT23</p> <p>80524 <input type="checkbox"/> FACTOR REUMATICO</p> <p>80525 <input type="checkbox"/> HEMES TIPO I KM</p> <p>80526 <input type="checkbox"/> HEMOGLOBINOP. (PO. KM. SA)</p> <p>80527 <input type="checkbox"/> LATEX</p> <p>80529 <input type="checkbox"/> LIND. RUBEA A KM</p> <p>80530 <input type="checkbox"/> HEPATIS VIRAL - KM</p> <p>80531 <input type="checkbox"/> ELECTROFORESIS HEMO G</p> <p>80532 <input type="checkbox"/> LISTA 2 MICROGLOBULINA</p> <p>80533 <input type="checkbox"/> ANTIGENO C. CROCCOLO</p>	<p>80534 <input type="checkbox"/> AGUTINACIONES</p> <p>80540 <input type="checkbox"/> HODUOSIS</p> <p>80541 <input type="checkbox"/> PAL. BUNEL (POSTEN BAR)</p> <p>80542 <input type="checkbox"/> PROTEINA C REACTIVA (PCR)</p> <p>80547 <input type="checkbox"/> SEROLOGICAS</p> <p>80548 <input type="checkbox"/> SEROLOGICAS (CENTR)</p> <p>80549 <input type="checkbox"/> SET DE BRUSILLA</p> <p>80550 <input type="checkbox"/> TONOMETRIA KM</p> <p>80551 <input type="checkbox"/> PRUEBA COLPOMETRIA DE HV</p> <p>80532 <input type="checkbox"/> MARCAO CRES DE HEPATIS B</p> <p>80550 <input type="checkbox"/> ANTICUERPOS TRODEOS</p> <p>80524 <input type="checkbox"/> ANTICUERPOS DE HEPATIS C</p> <p>80545 <input type="checkbox"/> ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO</p> <p>80556 <input type="checkbox"/> INTG. INCLINARES EXTRACTAB. (EM)</p> <p>80557 <input type="checkbox"/> SHELCO CONTR. PLASMA</p>
---	---	--

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_

**AMIGO PACIENTE TODO PAGO SE REALIZA EN LAS CAJAS DEL HOSPITAL**





HOSPITAL NACIONAL  
DOS DE MAYO



Nº .....

**CERTIFICADO DE SALUD**

El Médico que suscribe, Dr. ....

Con C.M.P. Nº ..... del Servicio de .....

Certifica que:

Dor: .....

De acuerdo a su Historia Clínica Nº..... :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Lima, ..... de ..... de .....

FIRMA Y SELLO DE MEDICO

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
que he tenido a la vista



27 MAR 2018

**Sr. Julio ACARO RIVAS**  
SECRETARÍA





**SOLICITO:** Informe Médico, Psicosomático,  
Psicológico u Odontológico

SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
S.D.

Yo, ....., con D.N.I. N°  
....., con domicilio en ....., ante  
usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, habiendo sido hospitalizado en el Servicio  
..... Desde el día ..... hasta  
....., con H.C. N° ....., solicito a usted, se me  
expida un informe ....., para

.....  
.....  
.....

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
que he tenido a la vista

77 MAR 2018

Por tanto:

Sírvase atender mi solicitud, por ser de justicia.

Sr. Julio ACARO RIVAS  
FEBATARIO

Lima, ..... de ..... del .....

.....  
FIRMA

D.N.I. N° .....

**Requisitos:** (presentar en Trámite Documentario - HNDM)

- Solicitud dirigida al Director del Hospital





**SOLICITO:** Certificado de Discapacidad

SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
S.D.

Yo, ....., con D.N.I. N°  
....., con domicilio en ....., ante  
usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, habiendo sido evaluado en el Servicio de Medicina de Rehabilitación el  
día ....., con H.C. N° ....., solicito a usted, se me  
expida un **CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**.

Por tanto:

Sírvase atender mi solicitud, por ser de justicia.

Lima,..... de ..... del .....

.....  
FIRMA

D.N.I. N° .....

**Requisitos:** (presentar en Trámite Documentario - HNDM)

- Solicitud dirigida al Director del Hospital.



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
que se tiene a la lista

27 MAR. 2018

**Sr. Julio ACARO RIVAS**  
SECRETARÍA



## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Nº

La evaluación debe realizarse con el evaluado en uso de ayudas biomecánicas y técnicas

\*Tachar los espacios que no se utilicen

CENTRO HOSPITALARIO

APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

SEXO		EDAD		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
M	F	Años		DNI	Otro
		Meses			

1. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	2. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE

3. DEFICIENCIAS		Deficiencia ausente = 0	Deficiencia presente = 1
Intelectuales	<input type="checkbox"/>	De la visión	<input type="checkbox"/>
Otras deficiencias psicológicas	<input type="checkbox"/>	Viscerales y otras funciones especiales	<input type="checkbox"/>
Del lenguaje	<input type="checkbox"/>	Músculo esqueléticas	<input type="checkbox"/>
De la audición	<input type="checkbox"/>	Generalizadas, sensitivas y otras	<input type="checkbox"/>

### 3.1 TIEMPO DE DEFICIENCIA

Años Meses      ¿Existe fuente de verificación?

				No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No puede precisarse <input type="checkbox"/>
--	--	--	--	-----------------------------	-----------------------------	--

### 4. LIMITACIONES      4.1 GRAVEDAD

De la conducta	<input type="checkbox"/>	0 Sin limitación
De la comunicación	<input type="checkbox"/>	1 Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
Del cuidado personal	<input type="checkbox"/>	2 Realiza y mantiene la actividad solo con dispositivos o ayudas
De la locomoción	<input type="checkbox"/>	3 Requiere además de asistencia momentaneamente de otra persona
De la disposición corporal	<input type="checkbox"/>	4 Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
De la destreza	<input type="checkbox"/>	5 La persona requiere además de una ayuda o dispositivo que le permita asistir.
De situación	<input type="checkbox"/>	6 La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
que he tenido a la vista

27 MAR. 2018

S. JULIO ACARO RIVAS



<b>5. OCUPACION HABITUAL</b> Según clasificación de la OIT	
¿Existe fuente de verificación?	
No <input type="checkbox"/>	Si: <input type="checkbox"/>
<b>6. POSIBILIDAD EDUCATIVA ACTUAL</b>	
1. Puede Estudiar en centros de estudios regulares	3. Puede estudiar en centros educativos especiales
2. Puede estudiar solo en centros de capacitación técnica	4. No puede trabajar
5. No aplicable	
<b>7. POSIBILIDAD LABORAL ACTUAL</b>	
1. Puede trabajar en su labor habitual	3. No puede trabajar en su labor habitual pero sí en otro
2. Puede trabajar en su labor habitual con adaptaciones	4. No puede trabajar
5. No aplicable	
<b>8. REQUERIMIENTO DE AYUDAS TECNICAS, BIOMECANICAS Y PERSONALES:</b>	
Para terapia y mantenimiento médico básico <input type="checkbox"/>	Para asearse, vestirse y comer <input type="checkbox"/>
Para marcha y transporte <input type="checkbox"/>	Para efectos estéticos o cosméticos <input type="checkbox"/>
Para comunicación, información y señalización <input type="checkbox"/>	Dependiente de otra persona <input type="checkbox"/>
<b>9. MENOSCABO</b>	
<b>10. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES</b>	
Este documento tiene validez de _____, luego del cual el interesado debe ser reevaluado	
<b>LUGAR Y FECHA DE EMISION</b>	
Ciudad	Día Mes Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO</b>	
<input type="text"/>	
<b>APellidos y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA</b>	
<input type="text"/>	
<b>Nº DE COLEGIO MEDICO</b>	
<input type="text"/>	
<b>Firma y sello del médico que certifica</b>	<b>Jefe inmediato superior</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Director General de la Entidad</b>	
<input type="text"/>	
Nota: Este certificado no es válido para tramites de invalidez que dispone el D.S Nº 166-2005-EE	

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
COPIA DEL ORIGINAL  
que he tenido a la vista

27 MAR. 2018

Sr. Julio ACARO RIVAS  
FERRERABIN





**SOLICITO:** Certificado Médico de Invalidez

SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
S.D.

Yo, ....., con D.N.I. N°  
....., con domicilio en ....., ante  
usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, habiendo sido atendido en el servicio de ....., con  
H.C. N° ....., motivo por el cual solicito a usted, se me expida  
un **CERTIFICADO MEDICO DE INVALIDEZ**, para  
.....  
.....

Por tanto:

Sírvase atender mi solicitud, por ser de justicia.

Lima,..... de ..... del .....

.....  
FIRMA

D.N.I. N° .....

**Requisitos:** (presentar en Trámite Documentario - HNDM)

- Solicitud dirigida al Director del Hospital



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
que he tenido a la vista

27 MAR. 2018

Sr. Julio ACARO RIVERA  
FIRMANTE



ANEXO N° 4

LOGOTIPO INSTITUCIONAL

INFORME DE EVALUACION MEDICA DE INCAPACIDAD - DS N° 166-2005-EF

Centro Asistencial (Hospital/Instituto)		Fecha		
		Día	Mes	Año
Servicio	Especialidad			
<b>DATOS PERSONALES DEL EVALUADO</b>				
Apellido paterno		Apellido materno		Nombres
N° de DNI	Sexo	Edad	Fecha de nacimiento	
Dirección actual		Block/Manzana/Ubanización		
Calle /Jirón/Avenida				
Distrito	Provincia	Departamento		
<b>INFORME MEDICO</b>				
Anamnesis (Resaltar los síntomas tratando de agruparlos por Clase Funcional)				
Examen Clínico (Resaltar los signos positivos encontrados en relación a la pérdida de una capacidad funcional ( física y o mental)				
Resultados de Exámenes de Ayuda al Diagnóstico				
Capacidad de reinserción laboral				
Diagnóstico		CIE 10		
1.-				
2.-				
3.-				
4.-				
Fecha de inicio de la incapacidad		Pronóstico		
Día	Mes	Año	No es precisable	Favorable
				Recuperable
				Irrecuperable
				Malos
<b>OBSERVACIONES</b>				
<b>FIRMA Y SELLO</b>				
MEDICO EVALUADOR		JEFE DEL SERVICIO		

Llenar con letra de molde



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA DEL ORIGINAL"  
que ha sido revisada en vista

27 Mayo 2018

St. Julio ACARO RIVAS  
COORDINADOR

ANEXO N° 5

<b>LOGOTIPO INSTITUCIONAL</b>										
<b>CERTIFICADO MÉDICO - DS N° 166-2005-EF</b>										
N° de Certificado Médico	FECHA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Día</td> <td style="width: 33%;">Mes</td> <td style="width: 33%;">Año</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año					
Día	Mes	Año								
I.- CENTRO ASISTENCIAL ( Hospital / Instituto)										
II.- DATOS PERSONALES DEL EVALUADO										
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres								
N° de DNI	Sexo	Edad								
Direccion actual		Fecha de nacimiento								
Calle /Jirón/Avenida	Block/Manzana/Ubanización									
Distrito	Provincia	Departamento								
III.- La Comisión Médica Calificadora de la Incapacidad-CMCI, de acuerdo a sus facultades certifica lo siguiente:										
a.- Diagnóstico		CIE 10								
1.-										
2.-										
3.-										
4.-										
b.- Característica de la incapacidad										
Naturaleza de la incapacidad										
Temporal	Permanente	No incapacidad								
Grado de la Incapacidad										
Parcial	Total	Gran incapacidad								
c.-Menoscabo										
		Porcentaje								
Menoscabo combinado										
Factores	Tipo de Actividad									
Complementarios	Posibilidad de reubicación laboral									
		Edad								
MENOSCABO GLOBAL										
d.-Fecha de Inicio de la incapacidad										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Día</td> <td style="width: 33%;">Mes</td> <td style="width: 33%;">Año</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Día	Mes	Año				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>No es preciso</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	No es preciso	
Día	Mes	Año								
No es preciso										
IV.- OBSERVACIONES										
V.- FIRMA y SELLO										
PRESIDENTE DEL CMCI	MIEMBRO DEL CMCI	MIEMBRO DEL CMCI								

Llenar con letra de molde



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
que he tenido a la vista

27/07/2018

**St. Julio ACARO RIVAS**



**SOLICITO:** Certificado Médico de Invalidez

SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
S.D.

Yo, ....., con D.N.I. N°  
....., con domicilio en ....., ante  
usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, habiendo sido atendido en el servicio de ....., con  
H.C. N° ....., motivo por el cual solicito a usted, se me expida  
un **CERTIFICADO MEDICO DE INVALIDEZ**, para  
.....  
.....

Por tanto:

Sírvase atender mi solicitud, por ser de justicia.

Lima,..... de ..... del .....

.....

FIRMA

D.N.I. N° .....

**Requisitos:** (presentar en Trámite Documentario - HNDM)

- Solicitud dirigida al Director del Hospital



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"  
El presente documento es  
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"  
que he tenido a la vista

27 MAR. 2018

**Dr. JUILO AGUIRRE RIVAS**  
FERRERÍA