

Ministerio de Salud
Hospital Nacional "DOS DE MAYO"
"Dos de Mayo"
"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 GARCÍA GARCÍA
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.

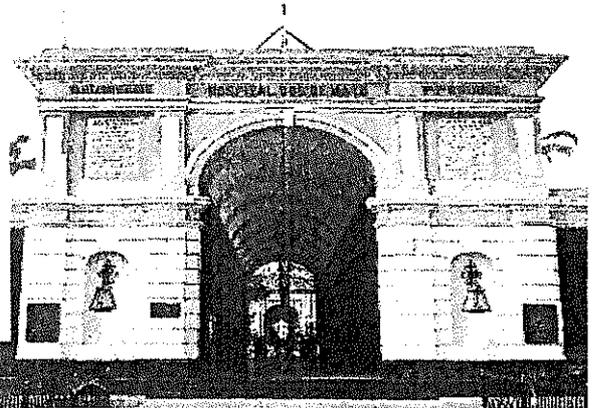


PERU

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 he 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 he 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
FEBRABIX



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
FELICITARIO



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 | FORMULARIO / LÍNEA / CÓDIGO / UBICACIÓN | DERECHO DE PAGO (LUM) | CORRECCIÓN DE PAGO (LUM) | 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. 3º, 4º, 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 26642 - 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. 389, 478 y 518. | 1. Solicitud dirigida al Director del Hospital por el interesado o Representante Legal según modelo. | | Gratuito | | | X | 18 (dieciocho) 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. 358, 428, 478, 518. (*) 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.



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>ST. JULIO CARO RIVAS</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>OTORGAMIENTO DE CERTIFICADO DE SALUD</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"> Arts. 13º y 24º de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, publicado el 20-07-97. Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de Salud. 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. R.M. Nº 041-2018/MINSA, Aprueba la modificación de Texto Único de Procedimientos Administrativos del Ministerio de Salud y sus Órganos Desconcentrados. |

ÍNDICES DE PERFORMANCE

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

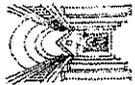
F-ORG-10.0

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

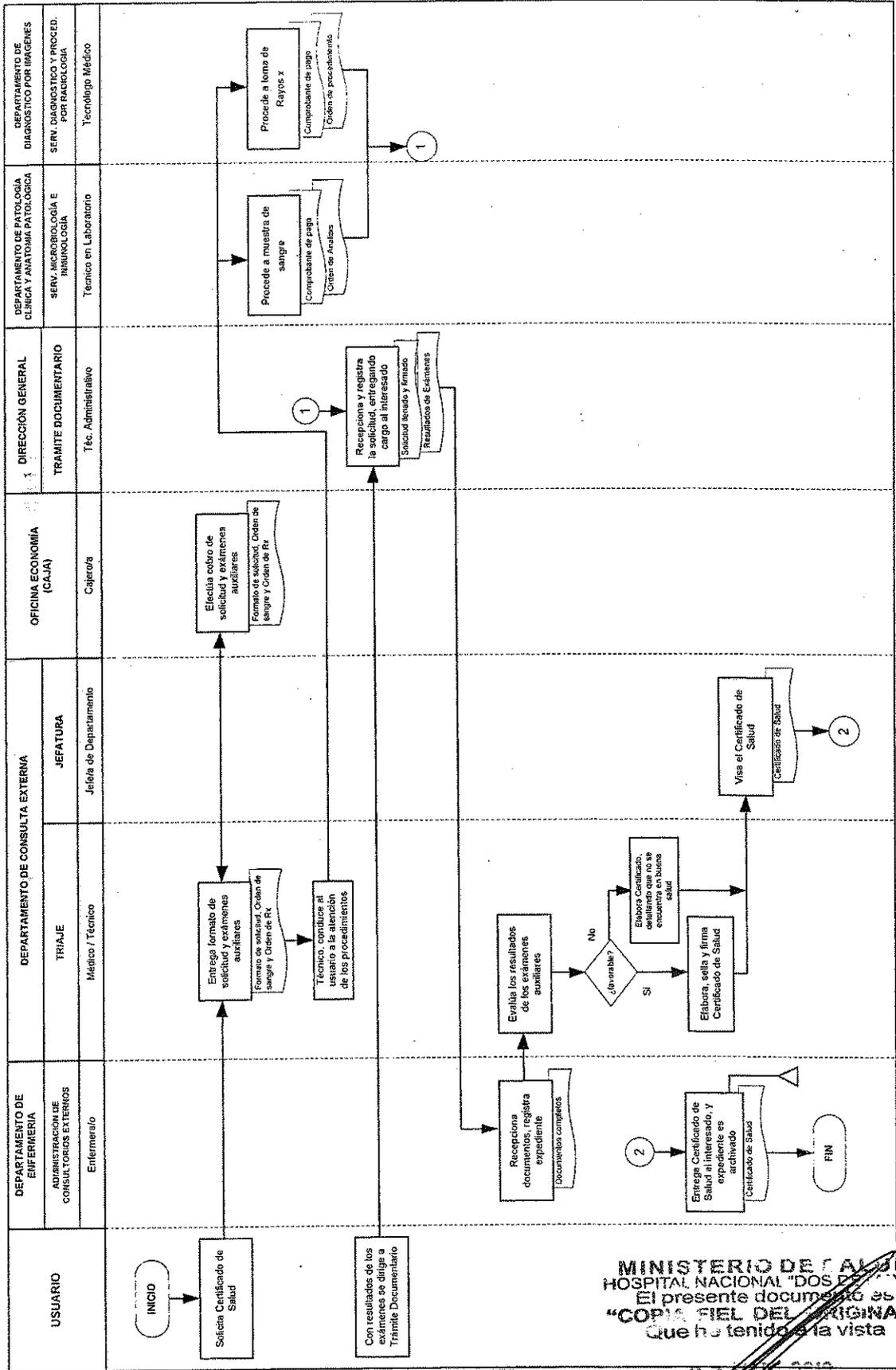
27 MAR 2018

ST. JUAN CARO RIVAS
SECRETARÍA





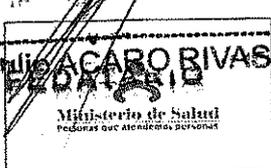
PROCEDIMIENTO: CERTIFICADO DE SALUD



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

| | | |
|---|--|--|
|  | <p>FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO</p> | <p>Manual de procesos y Procedimientos Versión: 2.0 Ficha 2 de 5</p> |
|---|--|--|

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

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

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

ÍNDICES DE PERFORMANCE

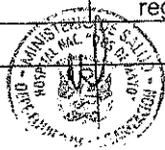
| INDICADOR | UNID. DE MEDIDA | FUENTE | RESPONSABLE |
|---|------------------|------------------------------|---|
| Expedientes Atendidos | Núm. de Informes | Sistema Trámite Documentario | Departamento o Servicio Correspondiente |
| <p>Expedientes Atendidos = $\frac{\text{Número de Informes Atendidos}}{\text{Número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

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

| | |
|---|---|
| <p>Inicio</p> | <p>Interesado solicita información del trámite administrativo a realizar.</p> |
| <p>Trámite Documentario / Técnico Administrativo</p> | <p>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.</p> |
| <p>Interesado</p> | <p>2. Llena la solicitud, adjunta los requisitos establecidos en el TUPA, y realiza el pago por derecho al trámite administrativo.</p> |
| <p>Caja / Técnico Administrativo</p> | <p>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.</p> |
| <p>Interesado</p> | <p>4. Presenta solicitud, comprobante de pago y otros requisitos que establezca el TUPA al Técnico Administrativo de Trámite Documentario de la Dirección General.</p> |
| <p>Trámite Documentario / Técnico Administrativo</p> | <p>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.</p> |
| <p>Of. Estadística e Informática / Técnico de Archivo</p> | <p>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.</p> |





| | |
|---|---|
| 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. |
| Fin | 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

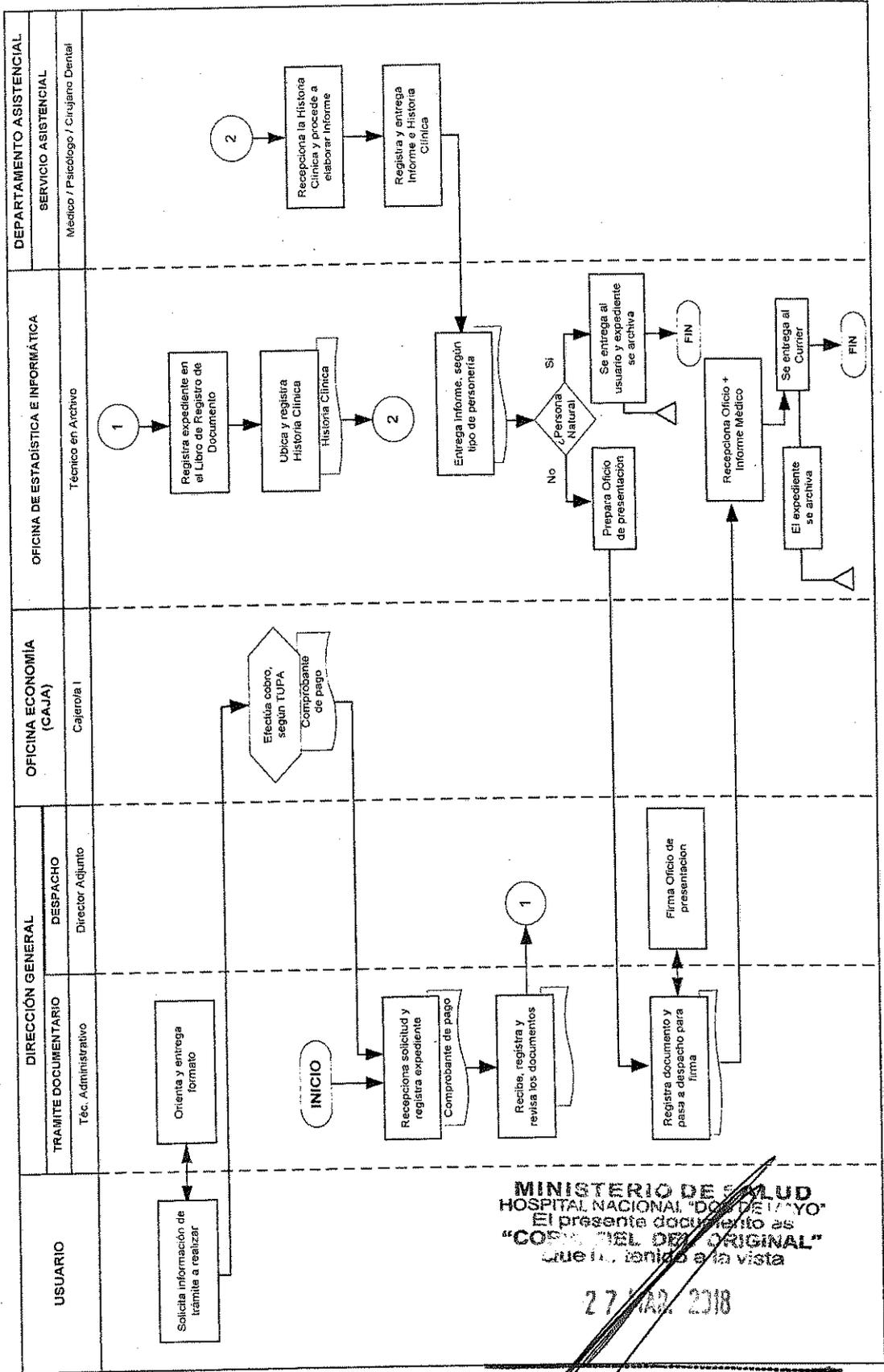
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
que no tiene validez

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



27 MAR 2018

Sr. JULIO ACARO 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"> • Arts. 59° y 73° de la Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, publicado el 24-12-12. • Arts. 13°, 14° y 24° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, del 20-07-97. • Art. 67° del D.S. N° 002-2014-MINP - Reglamento de la Ley N° 29973 del 08-04-14. • 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. • R.M. N° 041-2018/MINSA, Aprueba la modificación de Texto Único de Procedimientos Administrativos del Ministerio de Salud y sus Órganos Desconcentrados. |

ÍNDICES DE PERFORMANCE

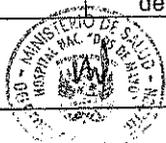
| INDICADOR | UNID. DE MEDIDA | FUENTE | RESPONSABLE |
|---|----------------------|------------------------------|---|
| Expedientes Atendidos | Núm. de Certificados | Sistema Trámite Documentario | Departamento o Servicio correspondiente |
| <p>Expedientes Atendidos = $\frac{\text{Número de Certificados Atendidos}}{\text{Número de Certificados Recibidos}}$</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> | <p>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. 2. Procede a programar cita médica del paciente, para su respectiva evaluación por motivo de discapacidad.</p> |
| <p>Servicio de Medicina de Rehabilitación / Médico Especialista</p> | <p>Evalúa a paciente: 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. 4. En caso que no tenga evaluación, se deriva a la especialidad médica correspondiente, para su respectiva evaluación.</p> |
| <p>Interesado</p> | <p>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. 6. Presenta al Equipo de Trámite Documentario del Hospital, la solicitud de Certificado de Discapacidad</p> |





| | |
|--|---|
| 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 |

| | |
|----------------------|---|
| DEFINICIONES: | 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. |
| REGISTROS : | 1. Formato – Solicitud 1. Libro de Registro / Documentario 2. Libro de Registro / Historia Clínica 3. Cuaderno de Registro |
| ANEXOS : | 1. Flujograma 2. Formato – Solicitud |

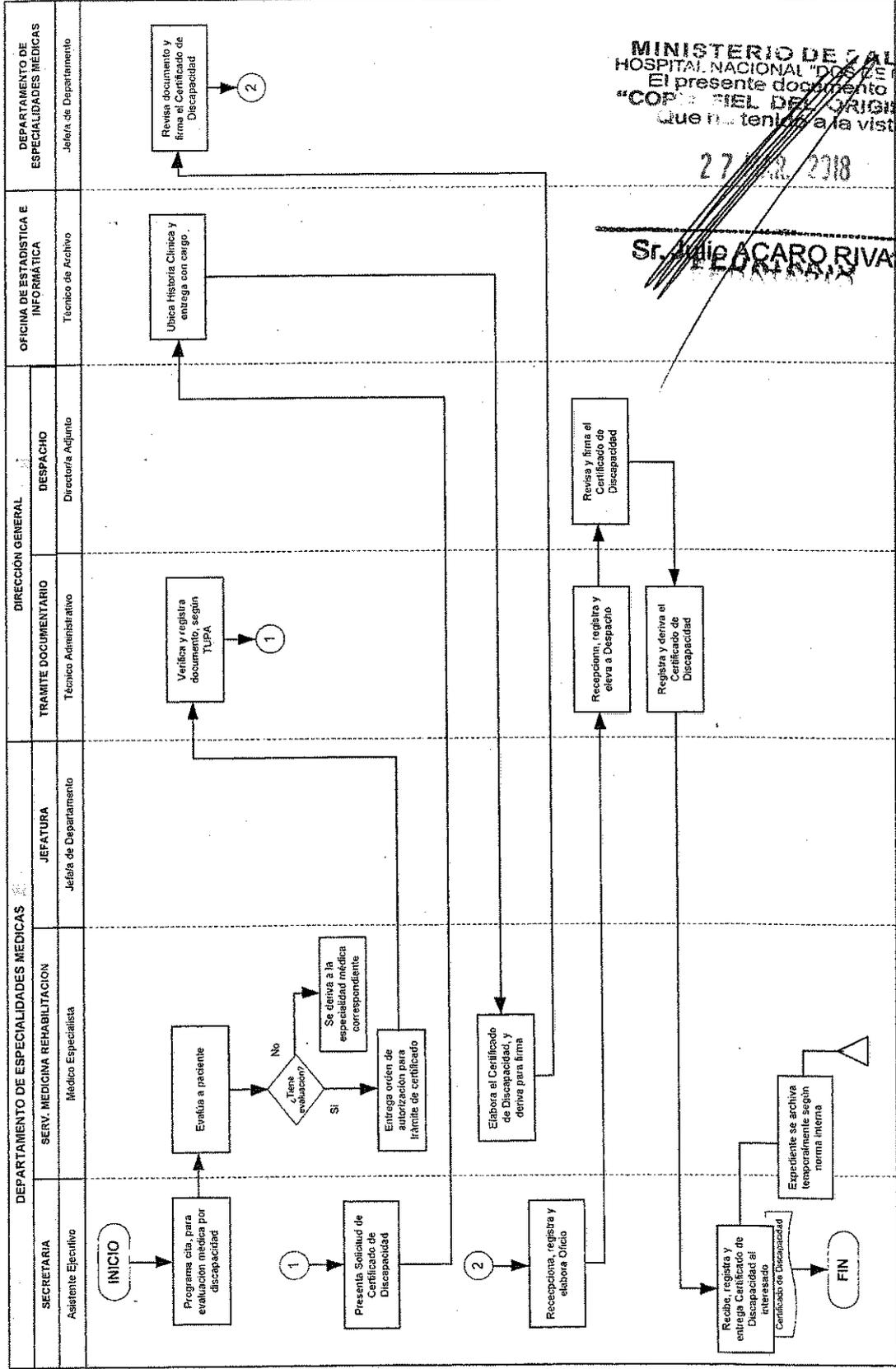
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
que he tenido a la vista

27 MAR 2010

St. Julio ACAROTIVAS
FRODILAN



PROCEDIMIENTO: CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD





27 MAR 2018

| | | |
|--|---|--|
|  Ministerio de Salud Personas que crecemos juntos | Sr. Julio ACARO RIVAS FISCALARIO FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO | 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.

| | | |
|----------------------------------|--|------------------------------|
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: | CERTIFICADO MEDICO DE INVALIDEZ | FECHA: MAR - 2018 CÓDIGO: |
|----------------------------------|--|------------------------------|

| | |
|---------------------|---|
| PROPÓSITO: | Otorgar al paciente el Certificado Médico de Invalidez por haber recibido atención médica en el establecimiento de salud. |
| ALCANCE: | Dirección General / Trámite Documentario Oficina de Economía / Caja Oficina de Estadística e Informática Órgano de Línea / Servicio Asistencial |
| MARCO LEGAL: | <ul style="list-style-type: none"> • Ley N° 27023, Ley que modifica el Art. 26 de la Ley del Sistema Nacional de Pensiones, publicado el 24-12-98. • D.S. N° 166-2005-EF - "Certificado Médico para el Otorgamiento de Pensión de Invalidez", publicado el 07-12-05. • 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". • 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. • R.M. N° 041-2018/MINSA, Aprueba la modificación de Texto Único de Procedimientos Administrativos del Ministerio de Salud y sus Órganos Desconcentrados. |

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

| | |
|--|---|
| Inicio | 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

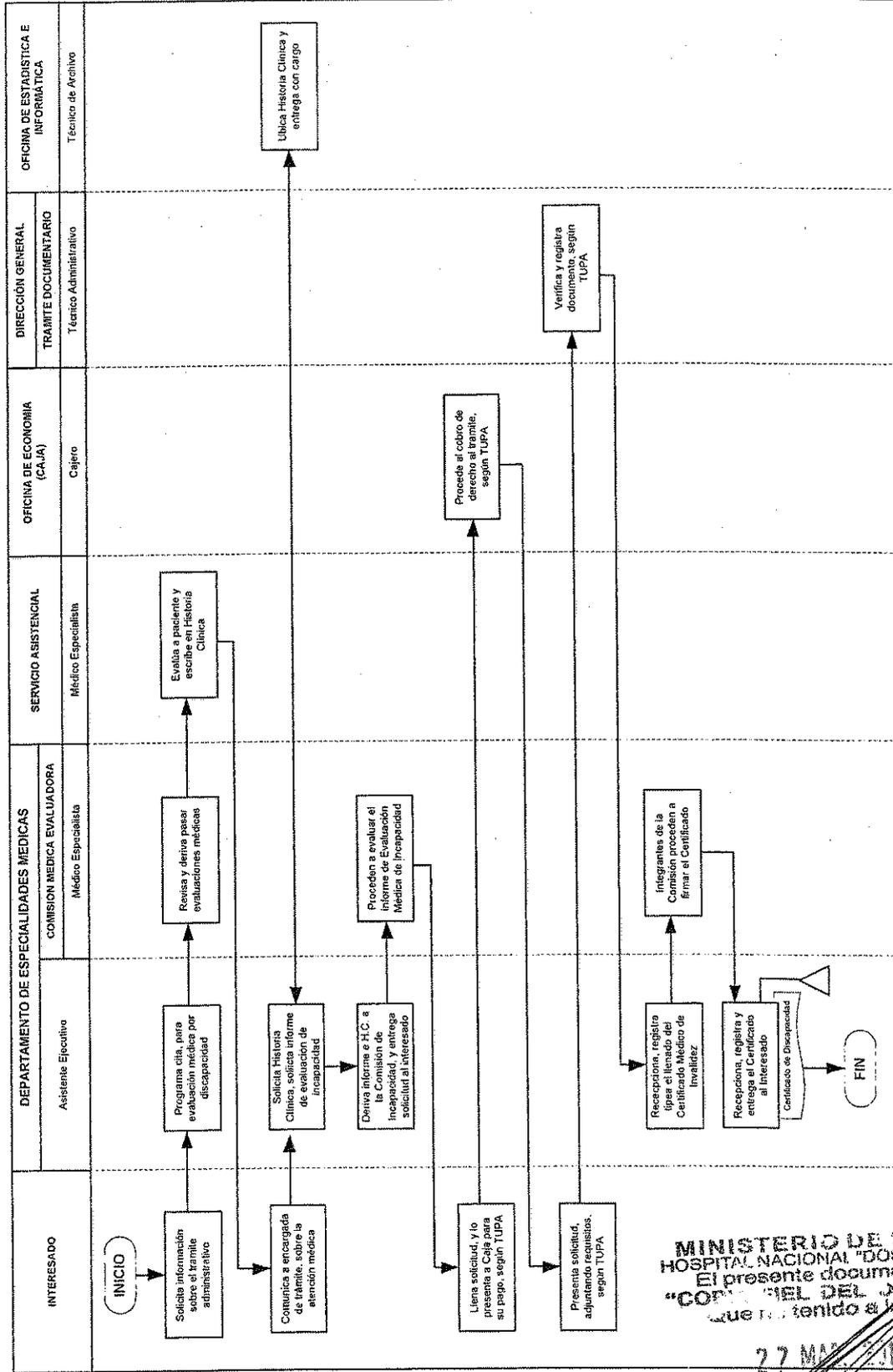
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"
El presente documento es
"COPIA FIEL DEL ORIGINAL"
que no tiene validez si no se tiene a la vista

27 MAR 2018

SECRETARÍA ACARONIVAS
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 la vista

27 MAR 2010

S. JUDACARO RIVAS
FEDATARIO



27 MAR 2018

| | | |
|---|---|--|
|  | SE JUDICACARO RIVAS FECHASIX FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO | Manual de procesos y Procedimientos Versión: 2.0 Ficha 5 de 5 |
|---|---|--|

PROCESO: Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: | RECURSO DE APELACION EN PROCESOS DE SELECCION | FECHA: MAR - 2018 CÓDIGO: |
|----------------------------------|--|--|

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

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

- 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.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

| Inicio | Usuario presenta Recurso de Apelación en Proceso de Selección. |
|--|---|
| Trámite Documentario / Técnico Administrativo | 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. 2. Registra la solicitud en la base de datos y remite a la Dirección General. 3. Remite copia de recurso de apelación a la Oficina de Logística, para que proyecte Resolución Directoral. |
| 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>DEFINICIONES :</p> <p>MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO" El presente documento es "COPIA FIEL DEL ORIGINAL" que he tenido a la vista</p> <p>27 MAR 2018</p> <p>SR. JULIO ACARO RIVAS SECRETARIO</p> | <p>1. Recurso de Apelación en proceso de selección: 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.</p> <p>2. Expediente: Conjunto de documentos o requisitos necesarios para el trámite administrativo.</p> <p>PLAZO PARA LA INTERPOSICIÓN DEL RECURSO:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> |
|---|---|





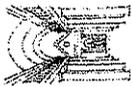
| | |
|--------------------|--|
| REGISTROS : | <ol style="list-style-type: none">1. Formato – Solicitud2. Libro de Registro / Documento3. Formato – Solicitud |
| ANEXOS : | <ol style="list-style-type: none">1. Flujograma |

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

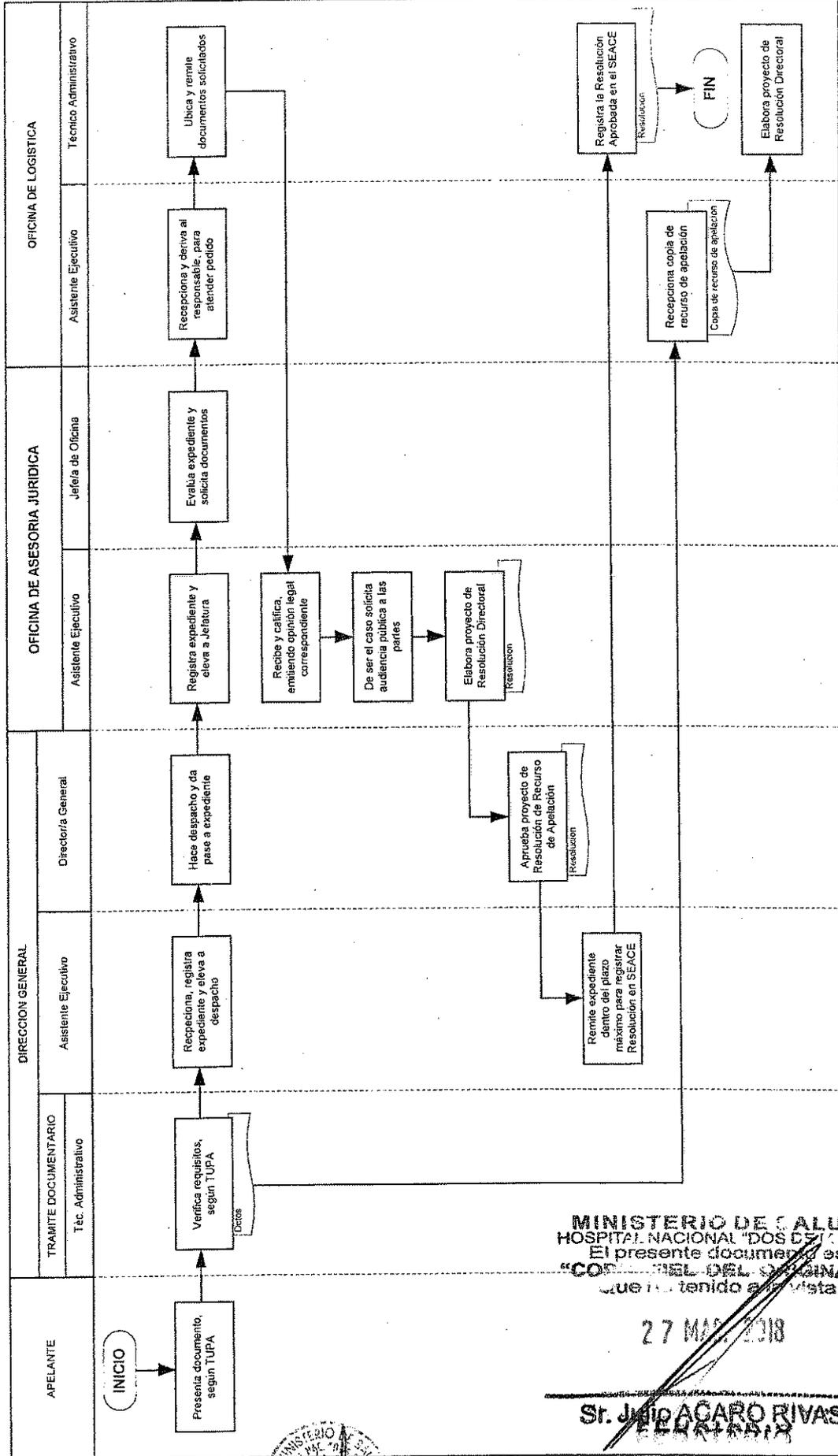
27 MAR 2018

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
FERRERIA





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
ELECTRISTA





RADIODIAGNOSTICO
"CALIDAD EN SALUD PARA NUESTROS PACIENTES"

H.C. N° _____
FECHA: ____/____/____
SEXO: (M) (F) EDAD: _____

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL
"DOS DE MAYO"
DPTO. DE RADIOLOGIA Y DIAGNOSTICO POR IMAGEN

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
INFORMACION CLINICA: _____

DPTO./SRV. _____ CAMA: _____

IMPRESION DIAGNOSTICA

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>01.01 MIEMBRO SUP. E INF.</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"/> CALCANEO</p> <p>01.01.54 <input type="checkbox"/> DEDO DEL PIE</p> <p>01.01.55 <input type="checkbox"/> FEMUR-NUSSLO (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>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>01.03 TORAX</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>01.06 CRANEO</p> <p>01.06.01 <input type="checkbox"/> AGUJEROS OPTICOS</p> <p>01.06.02 <input type="checkbox"/> ARCO CIGOMATICO</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"/> MAXILAR INFERIOR COMPLETO</p> <p>01.06.12 <input type="checkbox"/> MAXILAR 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 NARIZ (2 POS)</p> <p>01.06.17 <input type="checkbox"/> NAZIO FACIAL</p> |
|--|--|--|--|

01.04 SISTEMA URINARIO

01.04.01 CISTOGRAFIA

01.04.03 PIELOGRAFIA ASCENDENTE

01.04.05 URETROCISTOGRAFIA

01.04.06 UROGRAFIA EXCRETORA

01.04.07 UROGRAFIA MINUTA

01.05 CUELLO Y COLUMNA

01.05.01 COLUMNA CERVICAL (F.P.)

01.05.02 COLUMNA CERVICAL (F.P. Y OBL.)

01.05.03 COLUMNA CERVICAL FUNCIONAL

01.05.05 COLUMNA DORSAL (F.P.)

01.05.06 COLUMNA LUMBAR (F.P.)

01.05.07 COLUMNA LUMBOSACRA (F.P.)

01.05.08 COLUMNA LUMBOSACRA (F.P.O.)

01.05.09 COLUMNA LUMBOSACRA FUNCIONAL

01.05.10 COLUMNA SACRO-COIS (F.P.)

01.05.11 LARINGE SIMPLE (1 POS)

01.05.12 CAVUM FARINGEO

01.08 EXAMEN ESPECIALES

01.08.01 ARTERIOGRAFIA CEREBRAL (4 POS)

01.08.02 ARTERIOGRAFIA FEMORAL O PER.

01.08.03 ARTERIOGRAFIA RENAL SELECT.

01.08.04 COLANG. TRANSPARETOHEPAT.

01.08.07 ESPLENOPORTOGRAFIA

01.08.08 FISTULOGRAFIA (3 PLACAS)

01.08.09 FLEBOGRAFIA CADA MIEMBRO

01.08.10 HISTEROGRAFIA PINGOCRAFIA

01.08.11 MAMOGRAFIA BILATERAL

01.08.12 MELOGRAFIA

01.08.13 SALCOGRAFIA

01.08.14 ARTERIOGRAFIA

01.08.22 ARTERIOGRAFIA CEREB. (1 POS)

01.08.23 ARTERIOGRAFIA CEREB. (2 POS)

01.08.24 ADRETOGRAFIA TRANSLUMBAR

01.08.25 COLANG. PANCREATO-DUODEN.

01.08.26 ENDOSC. RETROGRADA

01.08.27 BRONCOGRAFIA

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"

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL
"DOS DE MAYO"

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"/> ANTICUERPO MUSCULO LISO</p> <p>80504 <input type="checkbox"/> ANTICUERPOS MITOCONDRIALES</p> <p>80505 <input type="checkbox"/> ANTIESTREPTOLISINAS O</p> <p>80506 <input type="checkbox"/> ANTIGENO CAPSOMENORRHOICO</p> <p>80507 <input type="checkbox"/> ANTS. SUPERFICIE (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"/> UPLANOVAS 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"/> ELISA 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 ID</p> <p>80525 <input type="checkbox"/> HEMES TIPO 1 KM</p> <p>80526 <input type="checkbox"/> INMUNOGLOBULINAS (POL. KM. SA)</p> <p>80527 <input type="checkbox"/> LATEX</p> <p>80529 <input type="checkbox"/> LIND. RUBEA A IGM</p> <p>80530 <input type="checkbox"/> HEPATIS VIRAL - IGM</p> <p>80531 <input type="checkbox"/> ELECTROFORESIS HEMO G</p> <p>80532 <input type="checkbox"/> LISTA 2 INMUNOGLOBULINA</p> <p>80533 <input type="checkbox"/> ANTIGENO C. DIFTERICO</p> | <p>80534 <input type="checkbox"/> AGUTINACIONES</p> <p>80540 <input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA</p> <p>80541 <input type="checkbox"/> PAU. BUNEL (POSTEN RAR)</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 IGM</p> <p>80551 <input type="checkbox"/> PRUEBA COLPOMETRIA DE HV</p> <p>80532 <input type="checkbox"/> MARCAJOS DE HEPATIS B</p> <p>80550 <input type="checkbox"/> ANTICUERPOS TROFODOS</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"/> IENOS INMUNOLARES EXTRACTAB. (EIA)</p> <p>80557 <input type="checkbox"/> SERICO CONTR. PLOSIFIA</p> |
|--|---|--|

FECHA: ____/____/____

_____ FIRMADO EL MEDICO

AMIGO PACIENTE TODO PAGO SE REALIZA EN LAS CAJAS DEL HOSPITAL

EDUP. N.P. HNDM 4781466





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 | Meses | DNI | Otro |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| 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 Sí No puede precisarse

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



| | | | |
|--|--|---------------------------------------|----------------------|
| 5. OCUPACION HABITUAL Según clasificación de la OIT | | | |
| ¿Existe fuente de verificación? | | | |
| No <input type="checkbox"/> | Si: <input type="checkbox"/> | | |
| 6. POSIBILIDAD EDUCATIVA ACTUAL | | | |
| 1. Puede Estudiar en centros de estudios regulares | 3. Puede estudiar en centros educativos especiales | 5. No aplicable | |
| 2. Puede estudiar solo en centros de capacitación técnica | 4. No puede trabajar | | |
| 7. POSIBILIDAD LABORAL ACTUAL | | | |
| 1. Puede trabajar en su labor habitual | 3. No puede trabajar en su labor habitual pero sí en otro | 5. No aplicable | |
| 2. Puede trabajar en su labor habitual con adaptaciones | 4. No puede trabajar | | |
| 8. REQUERIMIENTO DE AYUDAS TECNICAS, BIOMECANICAS Y PERSONALES: | | | |
| 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"/> | | |
| 9. MENOSCABO | | | |
| 10. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES | | | |
| Este documento tiene validez de _____, a partir del cual el interesado debe ser reevaluado | | | |
| LUGAR Y FECHA DE EMISION | | | |
| Ciudad | Día | Mes | Año |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| APellidos y Nombres del Médico que Certifica | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Nº de Colegio Médico | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Firma y sello del médico que certifica | Jefe inmediato superior | Director General de la Entidad | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <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 | | | |
| | | | | |
| DATOS PERSONALES DEL EVALUADO | | | | |
| Apellido paterno | | Apellido materno | | Nombres |
| | | | | |
| N° de DNI | Sexo | Edad | Fecha de nacimiento | |
| | | | | |
| Dirección actual | | Block/Manzana/Ubanización | | |
| Calle /Jirón/Avenida | | | | |
| Distrito | Provincia | Departamento | | |
| | | | | |
| INFORME MEDICO | | | | |
| 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 |
| OBSERVACIONES | | | | |
| | | | | |
| FIRMA Y SELLO | | | | |
| | | | | |
| 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

27 Mayo 2018

St. Julio ACARO RIVAS
COORDINADOR

ANEXO N° 5

LOGOTIPO INSTITUCIONAL

| CERTIFICADO MÉDICO - DS N° 166-2005-EF | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|--|-----|-----|-----|--|--|--|
| N° de Certificado Médico | <input type="text"/> | FECHA | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Día</td> <td style="width: 30%;">Mes</td> <td style="width: 30%;">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 | Fecha de nacimiento | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Direccion actual Calle / Jirón / Avenida | | Block / Manzana / Urbanización | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | | | | | |
| 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 de Mayo 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