

**FORMULARIO REGISTRO DE ACREDITACION  
DE SERVICIOS DE APOYO AL MÉDICO OCUPACIONAL**

**1. DEL SOLICITANTE**

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

**2. DEL ESTABLECIMIENTO**

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

**3. DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO DE APOYO AL MÉDICO OCUPACIONAL**

3.1 Nombre y Apellidos		3.2 DNI	
3.3 Dirección: Jr./Calle/MZ.			
N°/Lt. :		Urb./AAHH/Sector/Otros :	
3.4 Distrito	3.5 Provincia	3.6 Departamento	
3.7 Teléfono	3.8 Fax	3.9 e-mail	
3.10 ESPECIALIDAD	3.11 CMP N°	3.12 RNE	
3.13. FORMACION EN SALUD OCUPACIONAL CON ESPECIALISTA <input type="checkbox"/> CON MAESTRIA <input type="checkbox"/> MÉDICO – Art. 2° - 004-2014/MINSA <input type="checkbox"/>			

**4. ACTIVIDADES DE SALUD OCUPACIONAL**

ACTIVIDADES	NOMBRE DEL PROFESIONAL PROPUESTO
1 Laboratorio Clínico (*)	
2 Radiología (Rx) (**)	
3 Psicología	
4 Espirometría	
5 Audiometría	
6 Otros	

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

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

(\*\*) En caso se ejecute servicios de salud ocupacional con empresas del sector minería, el profesional médico radiólogo y tecnólogo médico en radiología, deben de acreditar el curso de Lectura de RADIOGRAFIA según clasificación OIT 2000.

Declaro bajo juramento que la información proporcionada es veraz.

Fecha: ...../...../.....

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y APELLIDOS**  
**FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL**