

**DIRECTORIO DE ESTABLECIMIENTOS
DE SALUD DIRIS LC**



(011) 207 5700

Teléfono



Directorio de establecimientos

Excel

Buscar:

ESTABLECIMIENTO	MÉDICO JEFE	TELÉFONO	DIRECCIÓN	EMAIL	DISTRITO
C.S. JAIME ZUBIETA	M.C. Janet Rodriguez Rodríguez	387-7589	Mz A II prd 15 Av. Wiese Jr. Cocharcas	csjaimezubieta@dirislimacentro.gob.pe	SJL
C.S. SANTA MARIA	M.C. Vilma Rosario Vásquez Mercado	388-3774	AA.HH. Santa María	cssantamaria@dirislimacentro.gob.pe	SJL
P.S. TUPAC AMARU II	M.C. Karen Fiorella Rojas Quispe	392-5650	Av. Javier Pérez de Cuellar s/n AA.HH. Tupac Amaru	pstupacamaru@dirislimacentro.gob.pe	SJL
P.S. SAGRADA FAMILIA	M.C. Giovanna Mary Jara Baltazar	388-6661	Mz. A-B de Sagrada Familia, costado del parque	pssagradafamilia@dirislimacentro.gob.pe	SJL
C.S. J. C. MARIATEGUI	M.C. Amílcar Chahuara Miranda	392-4900	Av. José Carlos Mariátegui s/n Pdo. 8 Mz 88 s/n	csjcmariategui@dirislimacentro.gob.pe	SJL
C.S. CRUZ DE MOTUPE	M.C. Rocío del Pilar Vásquez Carhuamaca	392-0678	AAHH Cruz de Motupe III- V	cscruzdemotupe@dirislimacentro.gob.pe	SJL
C.S. ENRIQUE MONTENEGRO	M.C. Rocío Lourdes Salvador De la Cruz	392-4729	Sector 1s/n espalda de la I.E. Néstor Escudero O.	cmontenegro@dirislimacentro.gob.pe	SJL
C.S. 10 DE OCTUBRE	M.C. Rocío Astola Castillo	392-0683	AA.HH. Av. 10 de Octubre s/n frente Mz F4 s/n	cs10deoctubre@dirislimacentro.gob.pe	SJL
C.S. SU SANTIDAD JUAN PABLO II	M.C. Hellen Valerine Arteta Meza	392-0692	Esq. Jr. El Paso y Jr. El Paralelo s/n- AA.HH. Juan Pablo II.	csjuanpablo2@dirislimacentro.gob.pe hellen.valerine@gmail.com	SJL
P.S. J.C. MARIATEGUI V ETAPA	M.C. Victor Manuel Gamboa Chichón	392-6601	Ampliación V etapa Mz X1 Lt. 1 José Carlos Mariátegui	psjcmvetapa@dirislimacentro.gob.pe	SJL
P.S. MARISCAL CACERES	M.C. Silvia Julia Chuquichanca Yucra	392-7352	Mz. N8 Lt. 4 Urb. Mariscal Cáceres (alt. Pdo. 5 Av. El Muro)	psmariscalcaceres@dirislimacentro.gob.pe	SJL
P.S. CESAR VALLEJO	M.C. Jurgen Phal Salazar Rubin	724-8872	Mz. P.Lt. 1 AA.HH. César Vallejo	pscesarvallejo@dirislimacentro.gob.pe	SJL



Directorio Establecimientos - DIRIS LIMA CENTRO

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE JEFE	TELÉFONO	DIRECCIÓN	EMAIL	DISTRITO
C.S. SAN HILARION	M.C Leonardo Solier Ayala	388-2500	Psj. 10 S/N (Prd. 18 Av. Canto Grande)	cssanhilarion@dirislimacentro.gob.pe	SJL
C.S. GANIMEDES	M.C. Wilfredo Zapata Benites	387-2790	Av. El Sol s/n Mz. J	csganimedes@dirislimacentro.gob.pe	SJL
C.S. HUASCAR II	M.C María Isabel Olivos Herrera	388-2482 / 2533222	Grupo II Mz. 23 Lt. 101,107,108 Referencia Av. San Martín	cshuascar2@dirislimacentro.gob.pe	SJL
C.S. HUASCAR XV	M.C. Oscar Miguel Galarcep Berrocal	392-2530	Av. Río Grande Mz 129 Calle 57 Grupo 15 Alt. cdra 9 Av. José Carlos Mariátegui - Huáscar	cshuascarxv@dirislimacentro.gob.pe	SJL
C. S. MEDALLA MILAGROSA	M.C John Freddy Figueroa Azato	388-2503	Av. Del Parque s/n	csmedallamilagrosa@dirislimacentro.gob.pe	SJL
P.S. AYACUCHO	M.C Juan Manuel Coronel Esquivel	387-7580	Av. Ayacucho s/n pdr. 19 Av. Canto Grande	psayacucho@dirislimacentro.gob.pe	SJL
C.S. BAYOVAR	M.C. Yessica Karin Rafael Terreros	392-2245	Psj. Bayobar Segunda Etapa	csbayovar@dirislimacentro.gob.pe	SJL
P.S. PROYECTOS ESPECIALES	M.C. Juana del Carmen Suárez Pongo	387-5550	Av. Bayobar s/n pdr 17 Mercado la Unión	psproyectosespeciales@dirislimacentro.gob.pe	SJL
C.S. CAJA DE AGUA	M.C Zarela Elizabeth Quispe Tello	458-3445	Jr. Moquegua N° 202 Urb. Caja de Agua	cscajadeagua@dirislimacentro.gob.pe	SJL
C.S. CHACARILLA DE OTERO	M.C. Alicia Carmela Busso Escurra	458-3290	Jr. Encinas Mz. 51 Lte 42 (las Flores)	cschacarilla@dirislimacentro.gob.pe	SJL
P.S. ASCARRUNZ ALTO	M.C. Alicia Carmela Busso Escurra	459-6890	Av. Lurigancho (cuadra 10) AA HH Azcarrunz Alto	psazcarrunz@dirislimacentro.gob.pe	SJL
C.S. ZARATE	M.C. María Isabel Lau Mendoza de Laura	459-8400	Jr. Los Chasquis y Jr. Yupanquis S/N cdra 11 de Av. Chimú	cszarate@dirislimacentro.gob.pe	SJL
C.S. MANGOMARCA	M.C. Graciano Huaman Sotomayor	379-0380	Av. Santuario Cdra 23 - Mangamarca	csmangamarca@dirislimacentro.gob.pe	SJL
C.S. CAMPOY	M.C María Luz Vargas Ramos	386-1645	Av. Principal Mz 6 lte 2 (Paradero 8)	cscampoy@dirislimacentro.gob.pe	SJL
P.S. DANIEL ALCIDES CARRION	M.C. Laura Verónica Picón Castillo	386-1646	Jr. Alfonso Ugarte cuadra 3 S/N Coop. Daniel A. Carrión, Campoy - Altura Mercado Niños de Jesús	psdacarrion@dirislimacentro.gob.pe	SJL
C.S. SAN FERNANDO	M.C Liliana Carmen Bazalar Reyes	458-4806	Las Ortigas 1893 San Hilarión Ref. Paradero 13 Las Flores	cssanfernando@dirislimacentro.gob.pe	SJL
C.S. SANTA ROSA DE LIMA	M.C Irma Violeta Hidalgo Vega	376-0431	Av. Lima Mz C Lt. 2 Paradero Av Las Flores	cssantarosa@dirislimacentro.gob.pe	SJL
C.S. LA LIBERTAD	M.C Dante Yoshio Higa Ortiz	458-4186	Las Marganitas 1545 Inca Manco Capac (por Metro)	cslalibertad@dirislimacentro.gob.pe	SJL
C.S. LA HUAYRONA	M.C José Fernando Tapia Coral	387-7400	Calle las Gemas s/n La Huayrona Refer. Comisaría	cslhuayrona@dirislimacentro.gob.pe	SJL
C.S. SANTA FE DE TOTORITA	M.C Edmundo Alejandro Vargas Laredo	376-6489	Jr. La Cantuta s/n	cstotorita@dirislimacentro.gob.pe	SJL
P.S. 15 DE ENERO	M.C Pilar Yovana Cosme Molina	459-5839	Av. 15 de Enero Mz. E Pdp. 9 Av. Canto Grande	ps15deenero@dirislimacentro.gob.pe	SJL



Directorio Establecimientos - DIRIS LIMA CENTRO

ESTABLECIMIENTO	MÉDICO JEFE	TELÉFONO	DIRECCIÓN	EMAIL	DISTRITO
C.S. VILLA VICTORIA PORVENIR	M.C. Ana María Álvarez García	225-4253	Jr. Luther King s/n (Surquillo)	csvictoriaporvenir@dirislimacentro.gob.pe	Surquillo
P.S. SAN JUAN MASÍAS	M.C. Aixa Gissell Neyra Navarro	224-8718 / 225-8904	Jr. De la Historia s/n entre Aviación y Canadá	psanjuanmasias@dirislimacentro.gob.pe	San Borja
C.S. TODOS LOS SANTOS SAN BORJA	M.C. José Prado Guzmán	475-2908 / 225-7594 / 225-7487	Bosovich Shubert (San Borja)	cssanborja@dirislimacentro.gob.pe	San Borja
C.S.M.I. MAGDALENA	M.C. Federico Lizárraga Ferrand	461-5630 / 460-3920 / 262-4858	Jr. Junín 322 (Magdalena)	csmagdalena@dirislimacentro.gob.pe	Magdalena
C.S. SAN MIGUEL	Dr. Miguel Ángel Vera Flores	578-2713 / 578-0240 / 264-7125	Av. Libertad y los Mochicas S/N (San Miguel)	cssanmiguel@dirislimacentro.gob.pe	San Miguel
P.S. HUACA PANDO	M.C. Ana María Fonken de Kanashiro	452-0272 / 594-3541	Urb. Pando Calle los Sauces Mz B Lote 21 (San Miguel)	pshuacapando@dirislimacentro.gob.pe	San Miguel
C.S. JESUS MARIA	M.C. Fernando Carpio Bazán	463-7799 / 262-4793 / 262-4778	Av. Arnaldo Márquez 1750 (Jesús María)	csjesusmaria@dirislimacentro.gob.pe	Jesús María
C.S. LINCE	M.C. Simón Calixto Ccoyllo Sánchez	471-2588 / 471-0301 / 545-2065	Jr. Manuel Candamo 495 (Lince)	cslince@dirislimacentro.gob.pe	Lince
C.S. SAN ISIDRO	M.C. Raúl Nalvarte Tambini	264-3125 / 264-3740 / 264-5466	Av. Del Ejército 1756 (San Isidro)	cssanisidro@dirislimacentro.gob.pe	San Isidro
C.S. SANTA CRUZ MIRAFLORES	M.C. Gladys Rojas Rojas	446-6746 / 243-8911 / 243-8910	Av. Pardo 796 (Miraflores)	csmiraflores@dirislimacentro.gob.pe	Miraflores
CENTRO ESPECIALIZADO DE ITS Y VIH RAUL PATRUCCO PUIG	M.C. Marcos Sergio Munive Guerrero	328-1091/328- 9053/328-4863	Jr. Huanta N° 927 (Lima)	csraulpatrucco@dirislimacentro.gob.pe	Cercado de Lima
CENTRO ESPECIALIZADO CONTROL DE ZONOSIS	M.C. Iris Violeta Carpio Bazán	337-0383 / 425-6313	Jr. Austria 1300 – Chacra Ríos Norte (Lima)	csantirrabico@dirislimacentro.gob.pe	Cercado de Lima
CSMC JAVIER MARIATEGUI CHIAPPE (EX-ZARATE)	M.Psiq. María del Pilar Rodríguez Huamani	458-4112	Av. Lurigancho Cdra. 9 s/n Mz. B Lote 49 – Urb. Ascarrunz (Ex Sede Administrativa de la Red SJL).	cszarate@dirislimacentro.gob.pe	SJL
CSMC NUEVO PERÚ	Med. Fam. Yuri Oliva Oliva		Pueblo Joven Nuevo Perú-Mz E Lt. 1, Canto Chico (SJL)	csmcnuevoperu@dirislimacentro.gob.pe	SJL
CSMC JAIME ZUBIETA	Dra. María Saire Heredia	2788251	Av. Republicana Mz. K15 LT 45 – Alt. De la 16 de la Av. Wiese	csjaimezubieta@dirislimacentro.gob.pe	SJL
CSMC DE PUEBLO LIBRE HONORIO DELGADO	Dra. Gabriela Gonzales Guzmán	3303974/3304008	Jirón JJ Pazos 394, Pueblo Libre (altura de la 9 de Bolívar)	csmhonorio@dirislimacentro.gob.pe	Pueblo Libre
CSMC LA VICTORIA	Dr. Jeanro Daniel Aguirre Dedios	7662447	Jr. Antonio Bazo, cuadra 12, La Victoria	csmc.lavictoria@gmail.com	La Victoria
CSMC SAN BORJA	Dr. Josué Alberto Vásquez Medina	984 842 826	Av. Malachowsly 520, San Borja 15036	csmcсанborja@dirislimacentro.gob.pe	San Borja
CSMC SAN MARCOS	Dra. Kelly Castro Cisneros	959947479	Clinica Universitaria Universidad San Marcos	csmcсанmarcos@gmail.com	Lima
CSMC SAN COSME	Dra. Vania Guerra		Av. Bausate y Meza 2651 (La Victoria)		La Victoria

ESTABLECIMIENTO	JEFE JEFE	TELÉFONO	DIRECCIÓN	EMAIL	DISTRITO
C.S. MIRONES	M.C. Zonia Rosa Menéndez Castillo	425-3590 / 336-8718 / 339-4635	Av. Luis Braylle cdra 13 s/n (Lima)	csmirones@dirislimacentro.gob.pe	Cercado de Lima
C.S. JUAN PEREZ CARRANZA	M.C. José Luis Muñoz Muñoz	942 445 677	Jr. Cuzco 915 (Lima)	csjpcarranza@dirislimacentro.gob.pe	Cercado de Lima
P.S. JARDIN ROSA STA. MARÍA	M.C. Gady Williams Castañeda Cano	328-4217 / 328-5144	Jr. Ancash 1529 (Lima)	psrosasantamaria@dirislimacentro.gob.pe	Cercado de Lima
C.S. BREÑA	M.C. Darío Flavio Rodríguez Ramírez	423-0432	Jr. Napo 1445 (Lima)	csbrena@dirislimacentro.gob.pe	Breña
C.S. CHACRA COLORADA	M.C. Sofía San Miguel Gutiérrez	332-1256 / 423-1180 / 332-7094	Jr. Carhuaz N° 509 (Lima)	cschacracolorada@dirislimacentro.gob.pe	Breña
C.S. CONDE DE LA VEGA	M.C. Rocio Jiménez Camana	330-1547	Jr. Conde de la Vega Baja 488 (Lima)	cscondedelavega@dirislimacentro.gob.pe	Cercado de Lima
P.S. EL RESCATE	C.D. Jorge Fortunato Cabrera Huamani	336-7160 / 367-2568	Esq. J.C. Mariategui y Pratt s/n (Lima)	psrescate@dirislimacentro.gob.pe	Cercado de Lima
P.S. PALERMO	M.C. Bety Aguilar Espinoza	3672575	Av. Materiales Cdra. 19 (Lima)	pspalermo@dirislimacentro.gob.pe	Cercado de Lima
P.S. SANTA ROSA	M.C. Isaac Eduardo Valverde Manrique	425-2133 / 334-1230	Crespo Castillo Cdra. 13 (Lima)	psasantarosa@dirislimacentro.gob.pe	Cercado de Lima
C.S. SAN SEBASTIAN	M.C. Luis Reynaldo Exebio Moya	425-1830 / 431-6580 / 431-6570	Jr. Ica 774, cercado de Lima (Lima)	cssansebastian@dirislimacentro.gob.pe	Cercado de Lima
C.S. MIRONES BAJO	M.C. Margarita Rodríguez Montesinos	336-0243 / 334-1235 / 334-1233	Jr. Bruno Terreros N° 144, cercado de Lima	csmironesbajo@dirislimacentro.gob.pe	Cercado de Lima
C.S. UNIDAD VECINAL NRO 3	M.C. Silvia Rosanna Lira Vásquez	464-8455 / 561-8207 / 464-8575	Centro Civico UVN° 3 (Lima)	csunidadvecinal3@dirislimacentro.gob.pe	Cercado de Lima
C.S. VILLA M. PERPETUO SOC.	M.C. Gonzalo Calderón Aznarán	433-7218	Jr. Villa Maria 745 AH Villa María (Lima)	csvillamariaps@dirislimacentro.gob.pe	Cercado de Lima
C.S.M.I. EL PORVENIR	M.C. Edgar Tomás Ramos Castro	473-1100 / 324-7768 / 323 8672 / 323-8667	Jr. Sebastian Barranca N° 977 (La Victoria)	cselporvenir@dirislimacentro.gob.pe	La Victoria
C.S. MAX ARIAS SCHREIBER	M.C. Elizabeth Cerpa Lazo	998 003537	Jr. Antonio Raymondi 220 (La Victoria)	csmaxarias@dirislimacentro.gob.pe	La Victoria
C.S. EL PINO	M.C. Amelia Eliana Chávez Gonzales	474-0671	Av. Floral 744 (La Victoria)	cselpino@dirislimacentro.gob.pe	La Victoria
P.S. CLAS CERRO EL PINO	M.C. Sixto Fermin Del Carpio Huaquipaco	323-7136	Cerro el Pino- Sector 12 s/n (La Victoria)	psclaselpino@dirislimacentro.gob.pe	La Victoria
C.S. SAN COSME	M.C. Eduardo Rinaldo Gómez	323-1889 / 474-2892 / 473-2792	Av. Bausate y Meza 2394 (La Victoria)	cssancosme@dirislimacentro.gob.pe	La Victoria
C.S. SAN LUIS	M.C. Ronald Salazar Malquichagua	474-3865 / 324-7188 / 324-7170	Calle Raul Villarán 332 (San Luis)	cssanluis@dirislimacentro.gob.pe	San Luis
C.S.M.I. SURQUILLO	M.C. Sara Felicita Acero Torres	242-9830	Jr. Colina 840 (Surquillo)	cssurquillo@dirislimacentro.gob.pe	Surquillo
C.S. SAN ATANACIO PEDREGAL	M.C. Beatriz Cortez Cueto	449-3449 / 273-1477	Av. Aviación y Villarán (Surquillo)	cspedregal@dirislimacentro.gob.pe	Surquillo



Directorio Establecimientos - DIRIS LIMA CENTRO

ESTABLECIMIENTO	MEDICO JEFE	TELÉFONO	DIRECCIÓN	EMAIL	DISTRITO
Centro Vacunatorio Internac.	Lic. Esther Arenas Cusinga	949455245	centrovacunatorio@dirislimalimacentro.gob.pe	centrovacunatorio@dirislimalimacentro.gob.pe	San Isidro
Centro de Alimentación N°1	Sr. Guillermo Robles Campos	328-0772 / 4341832	comedor1@dirislimalimacentro.gob.pe	comedor1@dirislimalimacentro.gob.pe	Cercado de Lima
Centro de Alimentación N°3	Sr. Juan Pablo Suárez Vera	431-6310	comedor3@dirislimalimacentro.gob.pe	comedor3@dirislimalimacentro.gob.pe	La Victoria
Centro de Alimentación N°3	Sr. Juan Pablo Suárez Vera	431-6310	comedor3@dirislimalimacentro.gob.pe	comedor3@dirislimalimacentro.gob.pe	La Victoria

Mostrando desde 1 hasta 78 de 78 registros



OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

DIRIS LIMA CENTRO - RUC: 29602250602

Horario de atención:

🕒 Lunes a viernes: de 9 am a 1pm - 2pm a 4pm

Dirección:

🏠 Av. Nicolás de Pierola N° 617 - Cercado de Lima

Central telefónica:

📞 (511) 207 5700



Copyright © 2019 Diris Lima Centro

**DIRECTORIO DE HOSPITALES MINSA
DIRIS LC**



(511) 267 5700
 Contacto: 188@peru.gob.pe

HOSPITALES

 Buscar:

HOSPITAL	DIRECCION	TELÉFONO	PORTAL WEB
Hospital Nacional Arzobispo Loayza	Av. Alfonso Ugarte 848 – Cercado de Lima	614-4646 Fax: 423-9154	http://www.hospitalloayza.gob.pe/Loayza/
Hospital Nacional Dos de Mayo	Parque Historia de la Medicina s/n Altura Cdra. 13 Av. Grau – Cercado de Lima	328-0028 / 328-1434	http://hdosdemayo.gob.pe/portal/
Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé	Av. Alfonso Ugarte 825 – Lima	201-0400	http://www.sanbartolome.gob.pe/
Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa	Av. República de Panamá 6355 Urb. San Antonio – Miraflores	204-0903 / 204-0900	http://www.hejcu.gob.pe/Portal
Hospital de Emergencias Pediátricas	Av. Grau 854, La Victoria	215-8838 / Emergencia: 323-746	http://www.hep.gob.pe
Hospital Santa Rosa	Av. Bolívar Cdra. 8 s/n – Pueblo Libre	615-8200 anexo 502	http://www.hsr.gob.pe
Hospital "Victor Larco Herrera"	Av. El ejercito 600 – Magdalena del Mar	261-5303/ 261-4907/261-5516	http://www.larcoherrera.gob.pe
Hospital San Juan de Lurigancho	Av. Canto Grande s/n – Paradero 11 – San Juan de Lurigancho	388-6513	http://www.hospitalsjl.gob.pe

Mostrando desde 1 hasta 8 de 8 registros



PERÚ Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro



Horario de atención

🕒 Lunes a viernes, de 8 am a 1pm / 2pm a 4pm

Dirección:

🏠 Av. Huancayo de Pirola M° 617 - Cercado de Lima

Central telefónica:

📞 (511) 267 5700

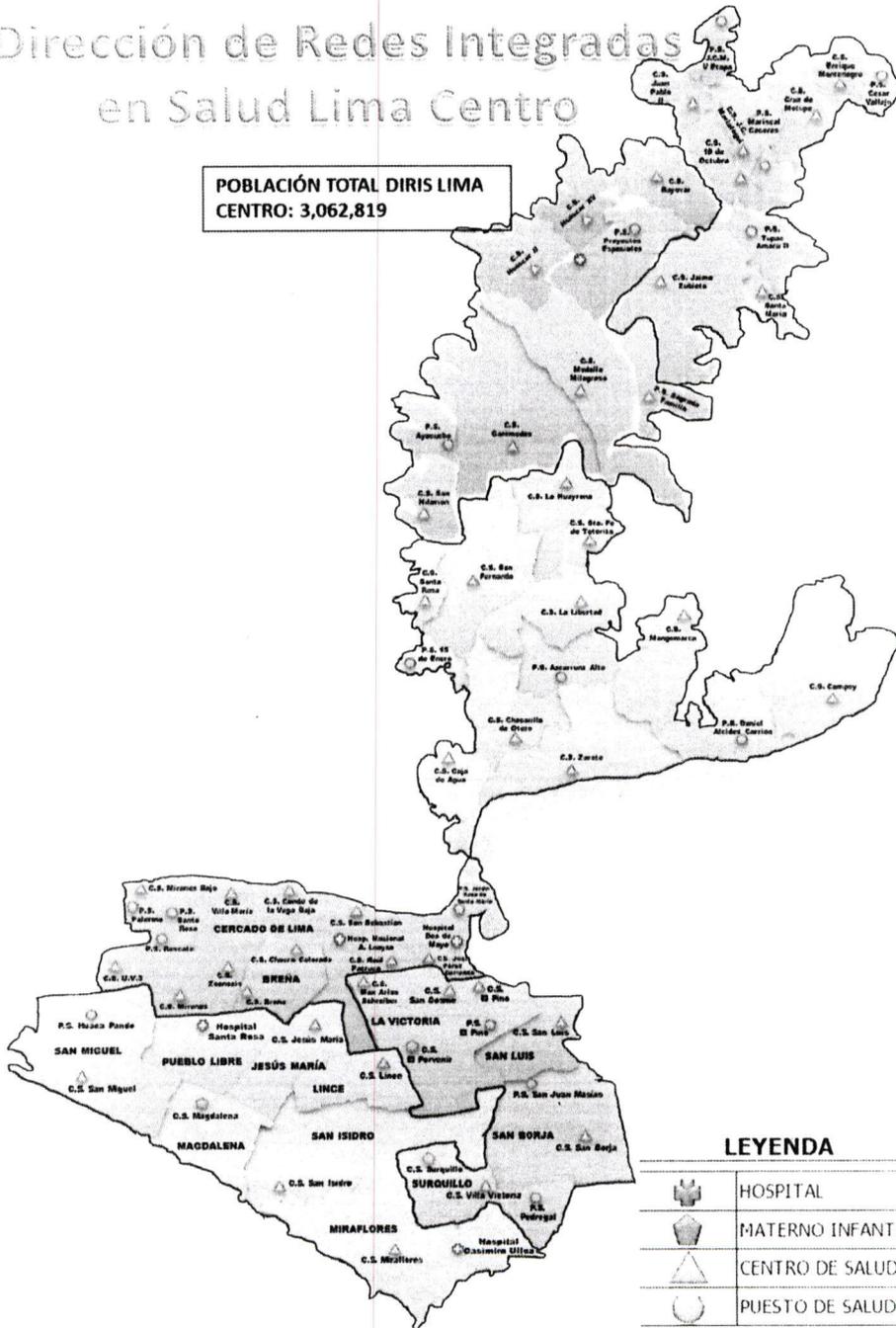


Copyright © 2019 Diris Lima Centro

Distritos de la Jurisdicción Sanitaria de la DIRIS Lima Centro

Dirección de Redes Integradas
en Salud Lima Centro

POBLACIÓN TOTAL DIRIS LIMA CENTRO: 3,062,819



DISTRITOS

- San Luis
- San Isidro
- Lima Cercado
- Lince
- Surquillo
- San Miguel
- Pueblo Libre
- La Victoria
- Miraflores
- Breña
- San Borja
- Jesús María
- Magdalena
- San Juan de Lurigancho

LEYENDA

	HOSPITAL
	MATERNO INFANTIL
	CENTRO DE SALUD
	PUESTO DE SALUD



**ACTIVIDADES PROGRAMADAS PARA
EL PLAN OPERATIVO INSTITUCIONAL
2021**

UNIDAD DE MEDIDA	META FISICA ANUAL	OFICINA	AREA/ UNIDAD FUNCIONAL/ COORDINACIÓN	A) ACTIVIDAD	B) TAREAS ESPECIFICA	C) UNIDAD DE MEDIDA	D) META ANUAL	MES/MESES EN EL/LOS CUAL/LES SE EJECUTA LA ACTIVIDAD												E) PERSONAL RESPONSABLE
								ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
DIRECCION DE SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA																				
000 INFORME	1	OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	SANEAMIENTO BASICO	VIGILANCIA SANITARIA DE PISCINAS PUBLICAS Y PRIVADAS DE USO COLECTIVO Y PLAYAS DE USO RECREATIVO	ELABORACION DEL PLAN DE VIGILANCIA SANITARIA DE PISCINAS 2021	PLAN	1	1										CARLOS LAURENTE		
		OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	SANEAMIENTO BASICO		CAPACITACION EN LA VIGILANCIA SANITARIA DE PISCINAS A LOS RESPONSABLES DE LOS SEES DE LA DIRS LIMA CENTRO Y OTROS	PLAN / ACCION	1										1		CARLOS LAURENTE	
		OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	SANEAMIENTO BASICO		VIGILANCIA DE LA CALIDAD SANITARIA DE PISCINAS PUBLICAS Y PRIVADAS DE USO COLECTIVO	INSPECCIONES	30	10	10	10									CARLOS LAURENTE	
		OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	SANEAMIENTO BASICO		MUESTREO DE AGUA DE PISCINA PARA ANALISIS DE PRESENCIA O AUSENCIA DE AMEBA DE VIDA LIBRE	INFORME / ACCION	30	15	10	5									CARLOS LAURENTE	
		OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	SANEAMIENTO BASICO		MUESTREO DE AGUA DE PISCINA PARA ANALISIS MICROBIOLOGICO	INFORME / ACCION	30	15	10	5									CARLOS LAURENTE	
		OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	SANEAMIENTO BASICO		ANALISIS Y REPORTE DE LA VIGILANCIA SANITARIA DE PISCINAS	INFORME	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	CARLOS LAURENTE	
		OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	SANEAMIENTO BASICO		ELABORACION DEL PLAN DE VIGILANCIA SANITARIA DE PLAYAS RECREATIVAS 2021	PLAN	1	1											CARLOS LAURENTE	
		OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	SANEAMIENTO BASICO		MONITOREO DE LA CALIDAD SANITARIA DE LAS PLAYAS RECREATIVAS	INFORME / ACCION	280	40	32	32	24	16	16	16	24	16	16	16	32	CARLOS LAURENTE
		OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	SANEAMIENTO BASICO		ANALISIS Y REPORTE DE LA VIGILANCIA SANITARIA DE PLAYAS RECREATIVAS	INFORME	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	CARLOS LAURENTE	
		OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	SANEAMIENTO BASICO		INPECCIONES SANITARIAS	PARTICIPACION EN OPERATIVOS Y/O DILIGENCIAS POR DENUNCIAS EN TEMAS DE SANEAMIENTO BASICO	INFORME	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	CARLOS LAURENTE	
		OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	SANEAMIENTO BASICO	VIGILANCIA SANITARIA A SERVICIO DE LIMPIEZA Y SANEAMIENTO AMBIENTAL EMPRESA PRESTADORA DEL SERVICIO	MONITOREO Y SUPERVISION DEL SERVICIO DE LIMPIEZA Y SANEAMIENTO AMBIENTAL SEDE ADMINISTRATIVA	INFORME / ACCION	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	CARLOS LAURENTE		
		OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	SANEAMIENTO BASICO	MONITOREO Y SUPERVISION DEL SERVICIO DE LIMPIEZA Y SANEAMIENTO AMBIENTAL EN SEES	INFORME / ACCION	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	CARLOS LAURENTE		
		OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	SANEAMIENTO BASICO	INSPECCION SANITARIA DE 50 TEMAS DE AGUA	INSPECCION	16		4			4			4			4	CBLGA. ARMEN ROMERO		
		OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	SANEAMIENTO BASICO	ANALISIS DE PARAMETROS BACTERIOLOGICOS	MUESTRAS	18			6				6			6		CBLGA. ARMEN ROMERO		
		OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	SANEAMIENTO BASICO	ANALISIS DE PARAMETROS PARASITOLOGICOS	MUESTRAS	8				4							4	CBLGA. ARMEN ROMERO		
		OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	SANEAMIENTO BASICO	ANALISIS FISICO/QUIMICO	MUESTRAS	8			4								4	CBLGA. ARMEN ROMERO		
		OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	SANEAMIENTO BASICO	VIGILANCIA DE LA CALIDAD DEL AGUA DE CONSUMO MUVIAGO	ANALISIS DE METALES PESADOS	MUESTRAS	8			4							4	CBLGA. ARMEN ROMERO		
		OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	SANEAMIENTO BASICO	ANALISIS Y REPORTE DE RIESGOS SANITARIOS	INFORME	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	CBLGA. ARMEN ROMERO		
		OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	SANEAMIENTO BASICO	PRACTICAS EN TECNICAS SEGURAS EN DESINFECCION DE AGUA DE CONSUMO HUMANO	INTERVENCION	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	CBLGA. ARMEN ROMERO		
		OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	SANEAMIENTO BASICO	INSPECCION SANITARIA SUPLENIDORES DE AGUA DE CONSUMO HUMANO	INSPECCIONES	3					1		1			1		CBLGA. ARMEN ROMERO		
		OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	SANEAMIENTO BASICO	INSPECCION SANITARIA CANNONES CISTERNAS DE DISTRIBUCION DE AGUA DE CONSUMO MUVIAGO	INSPECCIONES	3					1		1		1			CBLGA. ARMEN ROMERO		
		OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	HIGIENE ALIMENTARIA	ANALISIS DEL REPORTE DE HIGIENE ALIMENTARIA	CONSOLIDADO DE LOS REPORTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	INFORME	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	BLGA. ROSA RAMOS CHISCUL		
		OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	HIGIENE ALIMENTARIA	ELABORACION Y PRESENTACION DEL PLAN DE TRABAJO ANUAL 2021 HIGIENE E INOCUIDAD ALIMENTARIA	PLAN DE TRABAJO ANUAL 2021 HIGIENE E INOCUIDAD ALIMENTARIA	PLAN	1	1										BLGA. ROSA RAMOS CHISCUL		
		OFICINA DE VIGILANCIA SANITARIA EN SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA	HIGIENE ALIMENTARIA	INSPECCION A LOS PUESTOS DE COVIDA DE PLAYAS	VIGILANCIA SANITARIA DE EXPENDIO DE COMIDAS EN LAS PLAYAS RECREATIVAS DE LA JURISDICCION	PUESTOS DE EXPENDIO DE COMIDA AMBIULATORIOS	15	5	5	5								BLGA. ROSA RAMOS CHISCUL		



**FORMATOS DE SOLICITUDES CON
CARÁCTER DE DECLARACIÓN
JURADA – TUPA MINSA**



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

SOLICITUD CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

ASUNTO: AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA TRASLADO DE CADAVER

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DE SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA DE LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

Yo identificado con DNI (...) / C.E (...)
N° domiciliado en
Telf. y/o Celular Correo electrónico
Distrito Provincia Departamento
Comprobante de pago N° Fecha de pago ___/___/___; ante usted con el debido respeto digo:

Que, de conformidad a lo establecido en el Procedimiento N° 170 del Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2016-SA y modificado por Resolución Ministerial N° 041-2018/MINSA; así como lo dispuesto en el numeral 1.7 del artículo IV y el artículo 51, que regula la Presunción de Veracidad, según el Texto Único Ordenado (TUO) de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

Al amparo de lo establecido en la Ley N° 26298, Ley de Cementerios y Servicios Funerarios y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-94-SA, solicito a su Despacho se sirva disponer a quien corresponda la AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA TRASLADO DE CADAVER, de quien en vida fue:

Sexo: M () - F (), Fallecido/a, el día de de en
Distrito Provincia
Departamento País

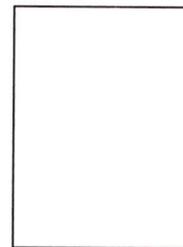
Para tal efecto, expreso mi deseo y doy autorización para que el cadáver sea trasladado(a):

Del lugar de origen
Al lugar de destino

De otro lado, DECLARO BAJO JURAMENTO ser Esposo/a (), 1er Grado: Padre/Madre (), Hijo/a (); 2do Grado: Nieto/a (), Hermano/a (), Abuelo/a (); 3er Grado: Bisnieto/a (), Bisabuelo/a (), Sobrino/a (), Tío/a (), del fallecido(a), conforme a la prelación establecida en el artículo 236° del Código Civil; y que tengo el consentimiento de todos los familiares del occiso (del 2° y 3° grado de parentesco). Asimismo, dejo constancia de asumir cualquier tipo de responsabilidad de índole administrativo o judicial, que pudiera ocasionar el procedimiento de autorización sanitaria para traslado de cadáver; por lo que, considero haber cumplido con todos los requisitos establecidos en el TUPA antes mencionado.

Por lo expuesto, a usted señor Director, solicito se sirva admitir y resolver mi petición con arreglo a ley.

Lima, _____ de _____ del 20 _____



FIRMA DEL SOLICITANTE
DNI:

HUELLA DIGITAL



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

SOLICITUD CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

ASUNTO: AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA CREMACIÓN DE CADÁVER

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DE SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA DE LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

Yo identificado con DNI (...) / C.E (...)
Nº , domiciliado en
Telf. y/o Celular Correo electrónico
Distrito Provincia Departamento
Comprobante de pago Nº Fecha de pago ___/___/___; ante usted con el debido respeto digo:

Que, de conformidad a lo establecido en el Procedimiento Nº 171 del Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo Nº 001-2016-SA y modificado por Resolución Ministerial Nº 041-2018/MINSA; así como lo dispuesto en el numeral 1.7 del artículo IV y el artículo 51, que regula la Presunción de Veracidad, según el Texto Único Ordenado (TUO) de la Ley Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo Nº 004-2019-JUS.

Al amparo de lo establecido en la Ley Nº 26298, Ley de Cementerios y Servicios Funerarios y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo Nº 003-94-SA, solicito a su Despacho se sirva disponer a quien corresponda la AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA CREMACIÓN DE CADAVER, de quien en vida fue:

Sexo: M () - F (), Fallecido/a, el día de del en
Distrito Provincia
Departamento País

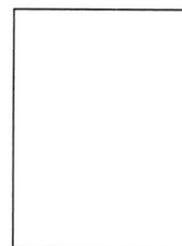
Para tal efecto, expreso mi deseo y doy autorización para que el cadáver sea cremado en:

De otro lado, DECLARO BAJO JURAMENTO ser Esposo/a (), 1er Grado: Padre/Madre (), Hijo/a (); 2do Grado: Nieto/a (), Hermano/a (), Abuelo/a (); 3er Grado: Bisnieto/a (), Bisabuelo/a (), Sobrino/a (), Tío/a (), del fallecido(a), conforme a la prelación establecida en el artículo 236º del Código Civil; y que tengo el consentimiento de todos los familiares del occiso (del 2º y 3º grado de parentesco). Asimismo, dejo constancia de asumir cualquier tipo de responsabilidad de índole administrativo o judicial, que pudiera ocasionar el procedimiento de autorización sanitaria para cremación de cadáver; por lo que, considero haber cumplido con todos los requisitos establecidos en el TUPA antes mencionado.

Por lo expuesto, a usted señor Director, solicito se sirva admitir y resolver mi petición con arreglo a ley.

Lima, ___ de ___ del 20 ___

FIRMA DEL SOLICITANTE
DNI:



HUELLA DIGITAL





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año de la Universalización de la Salud"

SOLICITUD CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

ASUNTO: AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA:

- EXHUMACIÓN Y TRASLADO DE RESTOS HUMANOS
- EXHUMACIÓN, TRASLADO Y CREMACIÓN DE RESTOS HUMANOS

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DE SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA DE LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

Yo identificado con DNI (...) / C.E (...)
 N°, domiciliado en.....
 Telf. y/o Celular.....Correo electrónico.....
 Distrito.....Provincia.....Departamento.....
 Comprobante de pago N° Fecha de pago ___/___/___; ante usted con el debido respeto digo:

Que, de conformidad a lo establecido en el Procedimiento N° 172 del Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2016-SA y modificado por Resolución Ministerial N° 041-2018/MINSA; así como lo dispuesto en el numeral 1.7 del artículo IV y el artículo 51, que regula la Presunción de Veracidad, según el Texto Único Ordenado (TUO) de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

Al amparo de lo establecido en la Ley N° 26298, Ley de Cementerios y Servicios Funerarios y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-94-SA, solicito a su Despacho se sirva disponer a quien corresponda la **AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA EXHUMACIÓN Y TRASLADO DE RESTOS HUMANOS O EXHUMACIÓN, TRASLADO Y CREMACIÓN DE RESTOS HUMANOS**, de quien en vida fue:

.....
 Sexo: M () – F (), Fallecido/a, el día.....de.....de.....en.....
 Distrito.....Provincia.....
 Departamento.....País.....

Para tal efecto, expreso mi deseo y doy autorización para que los restos humanos sean exhumados del lugar de sepultura, ubicado en.....

Debiendo ser trasladado y/o cremado en.....

De otro lado, **DECLARO BAJO JURAMENTO** ser Esposo/a (), 1er Grado: Padre/Madre (), Hijo/a (); 2do Grado: Nieto/a (), Hermano/a (), Abuelo/a (); 3er Grado: Bisnieto/a (), Bisabuelo/a (), Sobrino/a (), Tío/a (), del fallecido(a), conforme a la prelación establecida en el artículo 236° del Código Civil; y que tengo el consentimiento de todos los familiares del occiso (del 2° y 3° grado de parentesco). Asimismo, dejo constancia de asumir cualquier tipo de responsabilidad de índole administrativo o judicial, que pudiera ocasionar el procedimiento de autorización sanitaria para exhumación y traslado de restos humanos o exhumación, traslado y cremación de restos humanos; por lo que, considero haber cumplido con todos los requisitos establecidos en el TUPA antes mencionado.

Por lo expuesto, a usted señor Director, solicito se sirva admitir y resolver mi petición con arreglo a ley.

Lima, _____ de _____ del 20 _____

 FIRMA DEL SOLICITANTE
 DNI: _____

 HUELLA DIGITAL





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

18

SOLICITUD CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

ASUNTO: AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA INHUMACIÓN DE CADAVER POR VENCIMIENTO DE PLAZO DE LEY

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DE SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA DE LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

Yo identificado con DNI (...) / C.E (...)
Nº domiciliado en
Telf. y/o Celular Correo electrónico
Distrito Provincia Departamento
Comprobante de pago Nº Fecha de pago ___/___/___; ante usted con el debido respeto digo:

Que, de conformidad a lo establecido en el Procedimiento Nº 173 del Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo Nº 001-2016-SA y modificado por Resolución Ministerial Nº 041-2018/MINSA; así como lo dispuesto en el numeral 1.7 del artículo IV y el artículo 51, que regula la Presunción de Veracidad, según el Texto Único Ordenado (TUO) de la Ley Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo Nº 004-2019-JUS.

Al amparo de lo establecido en la Ley Nº 26298, Ley de Cementerios y Servicios Funerarios y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo Nº 003-94-SA, solicito a su Despacho se sirva disponer a quien corresponda la AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA INHUMACIÓN DE CADAVER POR VENCIMIENTO DE PLAZO DE LEY, de quien en vida fue:

Sexo: M () - F (), Fallecido/a, el día de de, a horas
Causa del fallecimiento
En el Hospital/ Domicilio, ubicado en
Distrito Provincia
Departamento País

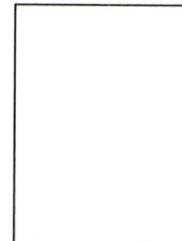
Para tal efecto, expreso mi deseo y doy autorización para que el cadáver sea inhumado(a) en:

De otro lado, DECLARO BAJO JURAMENTO ser Esposo/a (), 1er Grado: Padre/Madre (), Hijo/a (); 2do Grado: Nieto/a (), Hermano/a (), Abuelo/a (); 3er Grado: Bisnieto/a (), Bisabuelo/a (), Sobrino/a (), Tío/a (), del fallecido(a), conforme a la prelación establecida en el artículo 236º del Código Civil; y que tengo el consentimiento de todos los familiares del occiso (del 2º y 3º grado de parentesco). Asimismo, dejo constancia de asumir cualquier tipo de responsabilidad de índole administrativo o judicial, que pudiera ocasionar el procedimiento de autorización sanitaria para inhumación de cadáver por vencimiento de plazo de ley; por lo que, considero haber cumplido con todos los requisitos establecidos en el TUPA antes mencionado.

Por lo expuesto, a usted señor Director, solicito se sirva admitir y resolver mi petición con arreglo a ley.

Lima, _____ de _____ del 20 _____

FIRMA DEL SOLICITANTE
DNI:



HUELLA DIGITAL





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

17

SOLICITUD CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

ASUNTO: REGISTRO DE SISTEMAS DE ABASTECIMIENTO DE AGUA

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DE SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA DE LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO S.D.

Yo _____ identificado con DNI () / C.E () N°

_____ domiciliado en _____

Representante legal de la empresa _____,

Empresa y/o Razón Social _____, Ubicado en _____ Distrito _____

RUC N°: _____ Teléfono _____, Correo electrónico _____, día de pago: ___/___/20___,

N° de constancia de pago: _____, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que de acuerdo al texto único de procedimientos administrativos vigente (TUPA), aprobado mediante D.S. N° 001-2016-SA., actualizada y modificada con RM 041-2018/SA y la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General que indica "el principio de presunción de veracidad" al cual me someto respecto a los datos y documentos que presento: dejando constancia que asumo cualquier tipo de responsabilidad de índole administrativo o judicial que pudiera ocasionar el procedimiento solicitado, declaro bajo juramento con las precisadas disposiciones legales y solicito a usted designe a quien corresponda, realice la evaluación al expediente adjunto, para el REGISTRO DE SISTEMAS DE ABASTECIMIENTO DE AGUA, para cuyo fin adjunto los siguientes requisitos:

1. Solicitud dirigida al/la Director/a Ejecutivo/a de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria de la Dirección de Redes Integradas Lima Centro, con carácter de declaración jurada que contenga el número de Registro Único del Contribuyente (RUC), además el día de pago y el número de constancia de pago.
2. Informe de la fuente de agua del sistema de abastecimiento, el cual deberá incluir la calidad físico-química, bacteriológica y parasitológica expedido por un Laboratorio acreditado; caudal promedio y tipo de captación. El documento técnico deberá ser suscrito por el Ingeniero Especializado
3. Memoria descriptiva del sistema de abastecimiento del agua para consumo humano, el cual describirá por lo menos los componentes del sistema, distinguiendo el tratamiento de la distribución; población atendida; tipos de suministro; conexiones prediales, piletas, surtidores u otros; cobertura; continuidad del servicio y calidad del agua suministrada. El documento técnico deberá ser suscrito por el Ingeniero Sanitario Colegiado o Ingeniero Colegiado habilitado de otra especialidad afín con especialización en tratamiento de agua otorgado por una universidad y/o experiencia acreditada.

Por lo expuesto, agradeceré brindar la atención a la presente, comprometiéndome a cumplir con las mejoras y disposiciones que se requiera.

Lima, ____ de _____ del 20 ____



FIRMA DEL SOLICITANTE

DNI:



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

16

SOLICITUD CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

ASUNTO: REGISTRO DE FUENTES DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DE SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA DE LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO S.D.

Yo _____ identificado con DNI () / C.E () N° _____ domiciliado en _____

Representante legal de la empresa _____

Empresa y/o Razón Social _____, Ubicado en _____ Distrito _____

RUC N°: _____ Teléfono _____, Correo electrónico _____, día de pago: ___/___/20___

N° de constancia de pago: _____, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que de acuerdo al texto único de procedimientos administrativos vigente (TUPA), aprobado mediante D.S. N° 013-2009 SA., y la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General que indica "el principio de presunción de veracidad" al cual me someto respecto a los datos y documentos que presento: dejando constancia que asumo cualquier tipo de responsabilidad de índole administrativo o judicial que pudiera ocasionar el procedimiento solicitado, declaro bajo juramento con las precitadas disposiciones legales y solicito a usted designe a quien corresponda, realice la evaluación al expediente adjunto, para el REGISTRO DE FUENTES DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO, para cuyo fin adjunto los siguientes requisitos:

- 1. Solicitud de Registro de Fuentes de agua para Consumo Humano, dirigida al Director Ejecutivo de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, con carácter de Declaración Jurada, el cual contiene el número de Registro Único de Contribuyentes (RUC).
2. Licencia de uso de agua, emitida por el sector correspondiente.
3. Estudio de factibilidad de fuentes de agua, el que deberá ser suscrito por el Ingeniero Sanitario Colegiado Ingeniero Colegiado habilitado de otra especialidad a fin con especialización en tratamiento de agua otorgado por una universidad y/o experiencia acreditada.
4. Caracterización de la calidad física, química, microbiológica y parasitológica de la fuente del agua seleccionada, sustentada con los respectivos análisis emitidos por un laboratorio acreditado en los métodos de análisis de agua para consumo humano.
5. Pago por derecho de trámite del Banco de la Nación

Por lo expuesto, agradeceré brindar la atención a la presente, comprometiéndome a cumplir con las mejoras y disposiciones que se requiere.

Lima, ___ de ___ del 20___



Firma y Sello
Representante Legal
DNI N° _____





SOLICITUD CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

ASUNTO: AUTORIZACIÓN SANITARIA DE ESTACIONES DE SURTIDORES Y PROVEEDORES MEDIANTE CAMIONES CISTERNA U OTROS MEDIOS EN CONDICIONES ESPECIALES DE DISTRIBUCIÓN DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO - PARA ESTACIÓN DE SURTIDORES

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DE ASLUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA DE LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO S.D.

Yo _____ identificado con DNI () / C.E () N° _____ domiciliado en _____ Representante legal de la empresa _____ Empresa y/o Razón Social _____, Ubicado en _____ Distrito _____ RUC N°: _____ Teléfono _____, Correo electrónico _____, día de pago: ___/___/ 20___, N° de constancia de pago: _____, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que de acuerdo al texto único de procedimientos administrativos vigente (TUPA), aprobado mediante D.S. N° 013-2009 SA., y la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General que indica "el principio de presunción de veracidad" al cual me someto respecto a los datos y documentos que presento: dejando constancia que asumo cualquier tipo de responsabilidad de índole administrativo o judicial que pudiera ocasionar el procedimiento solicitado, declaro bajo juramento con las precitadas disposiciones legales y solicito a usted designe a quien corresponda, realice la evaluación al expediente adjunto, para lograr la autorización sanitaria AUTORIZACIÓN SANITARIA DE ESTACIONES DE SURTIDORES Y PROVEEDORES MEDIANTE CAMIONES CISTERNA U OTROS MEDIOS EN CONDICIONES ESPECIALES DE DISTRIBUCIÓN DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO - PARA ESTACIÓN DE SURTIDORES, para cuyo fin adjunto los siguientes requisitos:

- 1. Solicitud de Autorización Sanitaria para estación de Surtidores, dirigida al Director Ejecutivo de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, con carácter de Declaración Jurada, el cual contiene el número de Registro Único de Contribuyentes (RUC).
2. Análisis de la calidad físico-química, bacteriológica y parasitológica del agua, emitido por un laboratorio acreditado.
3. Croquis de ubicación del establecimiento del Proveedor.
4. Memoria descriptiva del sistema de abastecimiento de agua, el cual describirá por lo menos sus componentes, tratamiento y calidad del agua suministrada. El documento técnico deberá ser suscrito por el Ingeniero Sanitario Colegiado o Ingeniero Colegiado habilitado de otra especialidad afín con especialización en tratamiento de agua otorgado por una universidad y/o experiencia acreditada.
5. Copia de la licencia de uso de la fuente de agua otorgado por el Sector correspondiente.
6. Libro de registro de Camiones Cisterna a los que abastece, visado por la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental - DIRIS
7. Copia del Certificado de Desinfección del Sistema de Almacenamiento de Agua
8. Pago por derecho de trámite del Banco de la Nación

Por lo expuesto, agradeceré brindar la atención a la presente, comprometiéndome a cumplir con las mejoras y disposiciones que se requiere.

Lima, _____ de _____ del 20___

Firma y Sello Representante Legal DNI N° _____





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

19

SOLICITUD CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

ASUNTO: AUTORIZACIÓN SANITARIA DE ESTACIONES DE SURTIDORES Y PROVEEDORES MEDIANTE CAMIONES CISTERNA U OTROS MEDIOS EN CONDICIONES ESPECIALES DE DISTRIBUCIÓN DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO - PARA CAMIONES CISTERNA

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DE ASLUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA DE LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO S.D.

Yo _____ identificado con DNI () / C.E () N° _____ domiciliado en _____
Representante legal de la empresa _____
Empresa y/o Razón Social _____, Ubicado en _____ Distrito _____
RUC N°: _____, Camión Cisterna Marca: _____, con Placa de Rodaje N°: _____ Teléfono y/o Celular _____, Correo electrónico _____, día de pago: ___/___/20___, N° de constancia de pago: _____, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que de acuerdo al texto único de procedimientos administrativos vigente (TUPA), aprobado mediante D.S. N° 013-2009 SA., y la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General que indica "el principio de presunción de veracidad" al cual me someto respecto a los datos y documentos que presento: dejando constancia que asumo cualquier tipo de responsabilidad de índole administrativo o judicial que pudiera ocasionar el procedimiento solicitado, declaro bajo juramento con las precitadas disposiciones legales y solicito a usted designe a quien corresponda, realice la evaluación al expediente adjunto, para lograr la AUTORIZACIÓN SANITARIA DE ESTACIONES DE SURTIDORES Y PROVEEDORES MEDIANTE CAMIONES CISTERNA U OTROS MEDIOS EN CONDICIONES ESPECIALES DE DISTRIBUCIÓN DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO - PARA CAMIONES CISTERNA, para cuyo fin adjunto los siguientes requisitos:

- 1. Solicitud de Autorización Sanitaria para camiones Cisterna, dirigida al Director Ejecutivo de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, con carácter de Declaración Jurada, el cual contiene el número de Registro Único de Contribuyentes (RUC).
2. Análisis de la calidad microbiológica y parasitológica del agua, emitido por un laboratorio acreditado.
3. Copia del Certificado de Desinfección del Sistema de Almacenamiento de Agua del Camión Cisterna.
4. Pago por derecho de trámite del Banco de la Nación

Por lo expuesto, agradeceré brindar la atención a la presente, comprometiéndome a cumplir con las mejoras y disposiciones que se requiera.

Lima, ___ de ___ del 20___

Firma y Sello
Representante Legal
DNI N° _____





SOLICITUD CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

ASUNTO: CERTIFICACIÓN DE HABILITACIÓN DE CEMENTERIOS

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DE SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA DE LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO S.D.

Yo _____ identificado con DNI () / C.E () N° _____ domiciliado en _____

Representante legal de la empresa _____

Empresa dedicada a _____, Ubicado en _____ RUC N° _____

teléfono _____, Correo electrónico, _____

Fecha de pago: ____/____/20____, Numero de Constancia de pago: _____, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

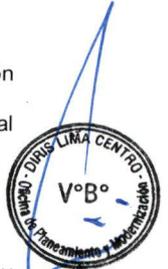
Que de acuerdo al texto único de procedimientos administrativos vigente (TUPA), aprobado mediante D.S. N° 013-2009 SA., y la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General que indica "el principio de presunción de veracidad" al cual me someto respecto a los datos y documentos que presento: dejando constancia que asumo cualquier tipo de responsabilidad de índole administrativo o judicial que pudiera ocasionar el procedimiento solicitado, declaro bajo juramento con las precitadas disposiciones legales y solicito a usted designe a quien corresponda, realice la evaluación al expediente adjunto, para lograr la autorización sanitaria respectiva, para cuyo fin adjunto los siguientes requisitos:

- 1. Solicitud de certificación de Habilitación del proyecto de Cementerio, dirigida al Director/a Ejecutivo de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, con carácter de declaración jurada, consignando la siguiente información:
- Razón Social y número de Registro Único del Contribuyente (RUC) del promotor, así como la acreditación de su personería jurídica y su inscripción en los Registros Públicos.
- Ubicación de funcionamiento de la oficina principal y el ámbito geográfico en el que planea desarrollar sus actividades.
- Nombre y Ubicación del cementerio.
- Inversión estimada para iniciar sus operaciones.
- Nombre del representante legal ante la Autoridad de Salud.
2. Copia simple de la Escritura Pública de la Constitución de Empresa y del Estatuto, inscrita en los Registros Públicos.
3. Copia simple del título de propiedad del terreno o contrato de opción de compra, con firmas legalizadas y a nombre de la persona jurídica promotora.
4. Plano de la ubicación geográfica en escala 1:5000.
5. Copia simple del plano de distribución.
6. Copia simple de Resolución Directoral que aprueba el Estudio de Impacto Ambiental (EIA) otorgado por la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA), que incluya el EIA aprobado.
7. Copia simple de Documento de aprobación de la ubicación geográfica, otorgada por la Municipalidad Provincial correspondiente.
8. Copia simple del certificado de inexistencia de restos arqueológicos otorgado por el Ministerio de Cultura (MC).
9. Pago por derecho de trámite del Banco de la Nación

Por lo expuesto, agradeceré brindar la atención a la presente, comprometiéndome a cumplir con las mejoras y disposiciones que se requiere.

Lima, ____ de _____ del 20____

Firma y Sello Representante Legal DNI N° _____





SOLICITUD CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

ASUNTO: CERTIFICACIÓN DE HABILITACIÓN DECREMATÓRIOS

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DE SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA DE LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO S.D.

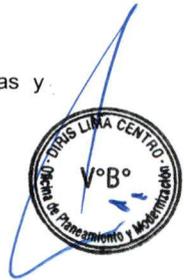
Yo _____ identificado con DNI () / C.E ()
 N° _____ domiciliado en _____
 Representante legal de la empresa _____
 Empresa y/o Razón Social _____ Ubicación de la empresa _____ Distrito: _____
 RUC N° _____ Teléfono _____, Correo electrónico _____,
 Fecha de pago: ____/____/20____, Numero de Constancia de pago: _____, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que de acuerdo al texto único de procedimientos administrativos vigente (TUPA), aprobado mediante D.S. N° 013-2009 SA., y la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General que indica "el principio de presunción de veracidad" al cual me someto respecto a los datos y documentos que presento: dejando constancia que asumo cualquier tipo de responsabilidad de índole administrativo o judicial que pudiera ocasionar el procedimiento solicitado, declaro bajo juramento con las precitadas disposiciones legales y solicito a usted designe a quien corresponda, realice la evaluación al expediente adjunto, para lograr la autorización sanitaria respectiva, para cuyo fin adjunto los siguientes requisitos:

- Solicitud dirigida al Director Ejecutivo de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, con carácter de declaración jurada, consignando la siguiente información:
 - Razón Social y número de Registro Único del Contribuyente (RUC) del promotor, así como la acreditación de su personería jurídica y su inscripción en los Registros Públicos, además el día de pago y el número de constancia de pago.
 - Ubicación de funcionamiento de la oficina principal y el ámbito geográfico en el que planea desarrollar sus actividades.
 - Nombre y Ubicación del crematorio.
 - Inversión estimada para iniciar sus operaciones.
 - Nombre del representante legal ante la Autoridad de Salud.
- Copia simple de la Escritura Pública de la Constitución de Empresa y del Estatuto, inscrita en los Registros Públicos.
- Copia del título de propiedad del terreno o contrato de opción de compra, con firmas legalizadas y a nombre de la persona jurídica promotora.
- Copia de plano de distribución y especificaciones técnicas que incluya la distribución de planta y corte de elevaciones
- Copia de Resolución Directoral que aprueba el Estudio de Impacto Ambiental (EIA) otorgado por la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA), que incluya el Estudio de Impacto Ambiental (EIA) aprobado.
- Documento de aprobación de la ubicación geográfica, otorgada por la Municipalidad Provincial correspondiente.
- Pago por derecho de trámite del Banco de la Nación

Por lo expuesto, agradeceré brindar la atención a la presente, comprometiéndome a cumplir con las mejoras y disposiciones que se requiere.

Lima, ____ de _____ del 20 ____



Firma y Sello
Representante Legal
DNI N° _____





SOLICITUD CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

ASUNTO: AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA EL FUNCIONAMIENTO DE CREMATORIOS.

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DE SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA DE LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO S.D.

Yo _____ identificado con DNI () / C.E () N°: _____ domiciliado en _____

Representante legal de la empresa _____

Empresa y/o Razón social _____, Ubicación de la Empresa _____ Distrito: _____

RUC N° _____ Teléfono _____, Correo electrónico _____, Fecha de pago: ____/____/20____,

Numero de Constancia de pago: _____, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que de acuerdo al texto único de procedimientos administrativos vigente (TUPA), aprobado mediante D.S. N° 013-2009 SA., y la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General que indica "el principio de presunción de veracidad" al cual me someto respecto a los datos y documentos que presento: dejando constancia que asumo cualquier tipo de responsabilidad de índole administrativo o judicial que pudiera ocasionar el procedimiento solicitado, declaro bajo juramento con las precitadas disposiciones legales y solicito a usted designe a quien corresponda, realice la evaluación al expediente adjunto, para lograr la autorización sanitaria respectiva, para cuyo fin adjunto los siguientes requisitos:

- 1. Solicitud de Autorización sanitaria para el funcionamiento de crematorios, dirigida al Director General de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, con carácter de declaración jurada, el cual contiene el Registro Único del Contribuyente (RUC) y número de Licencia de funcionamiento.
2. Copia simple de Licencia de Construcción expedida por la Municipalidad Distrital correspondiente.
3. Copia simple de la Licencia de Funcionamiento Municipal.
4. Pago por derecho de trámite del Banco de la Nación.

Por lo expuesto, agradeceré brindar la atención a la presente, comprometiéndome a cumplir con las mejoras y disposiciones que se requiere.

Lima, ____ de _____ del 20 ____



Firma y Sello Representante Legal DNI N° _____





SOLICITUD CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

ASUNTO: INSPECCIÓN TÉCNICA POR INICIO DE ACTIVIDADES DE EMPRESAS DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DE SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA DE LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

Yo _____, identificado con DNI () / C.E () N° _____, Domiciliado en _____, Representante legal Empresa y/o Razón social: _____, Director Técnico _____, CIP N° _____, Domicilio legal de la empresa _____, Distrito _____, Provincia _____, RUC N° _____ Teléfono _____, Correo electrónico _____, Licencia de funcionamiento N° _____ -Año _____, Otorgada por la Municipalidad de _____, fecha de pago: ___/___/_____, Comprobante de pago N° _____; ante usted con el debido respeto digo:

Que, de conformidad a lo establecido en el Procedimiento N° 185 del Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2016-SA y modificado por Resolución Ministerial N° 041-2018/MINSA; así como lo dispuesto en el numeral 1.7 del artículo IV y el artículo 51, que regula la Presunción de Veracidad, según el Texto Único Ordenado (TUO) de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

Al amparo de lo establecido en el Reglamento Sanitario para las actividades de Saneamiento Ambiental en Viviendas y Establecimientos Comerciales, Industriales y de Servicios, aprobado mediante Decreto Supremo N° 022-2001-SA, así como la Norma Sanitaria para trabajos de desinsectación, desratización, desinfección, limpieza y desinfección de reservorios de agua, limpieza de ambientes y de tanques sépticos, aprobada con Resolución Ministerial N° 449-2001-SA-DM; solicito a su Despacho se sirva disponer a quien corresponda la INSPECCIÓN TÉCNICA POR INICIO DE ACTIVIDADES DE LA EMPRESA DE SANEAMIENTO AMBIENTAL, en lo concerniente a los siguientes servicios:

- | | |
|--------------------|--|
| Desinsectación () | Limpieza de ambientes () |
| Desratización () | Limpieza y desinfección de reservorios de agua () |
| Desinfección () | Limpieza de tanques Sépticos () |

De otro lado, DECLARO BAJO JURAMENTO que los documentos, informaciones u otros medios sucedáneos anexados en la presente solicitud se ajustan a la verdad de los hechos. Asimismo, dejo constancia de asumir cualquier tipo de responsabilidad de índole administrativo o judicial, que pudiera ocasionar la autorización de inspección técnica por inicio de actividades de empresa de saneamiento ambiental; por lo que, considero haber cumplido con todos los requisitos establecidos en el TUPA antes mencionado.

Para estos efectos, adjunto los siguientes requisitos:

- Solicitud de Inspección Técnica por Inicio de Actividades dirigida al/la Director/a Ejecutivo/a de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria de la DIRIS Lima Centro, con carácter de declaración jurada, que contenga el número de Registro Único del Contribuyente (RUC) y número de Licencia de Funcionamiento otorgado por la Municipalidad correspondiente, firmada por el representante legal y por el Director Técnico responsable, además el día de pago y el número de constancia de pago.
- Copia simple de la Escritura Pública de Constitución de Empresa.
- Memoria Descriptiva de Procedimientos.
- Pago por derecho de trámite del Banco de la Nación.

Por lo expuesto, a usted señor Director, solicito se sirva admitir y resolver mi petición con arreglo a ley.

Lima, _____ de _____ del 20 _____

Firma y Sello Director Técnico DNI N° _____

Firma y Sello Representante Legal DNI N° _____





SOLICITUD CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

ASUNTO:

CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN SANITARIA DE PROYECTOS DE PISCINAS PÚBLICAS Y PRIVADAS DE USO COLECTIVO

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DE SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA DE LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO S.D.

Yo _____ identificado con DNI () / C.E () N° _____ domiciliado en _____
Representante legal de la empresa _____
Director Técnico responsable _____, Reg. CIP N°: _____
Empresa y/o Razón Social: _____ Ubicación del establecimiento: _____
Distrito: _____ RUC N° _____
Teléfono _____, Correo electrónico _____
Fecha de pago: ___/___/20___, N° de constancia de pago _____, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que de acuerdo al texto único de procedimientos administrativos vigente (TUPA), aprobado mediante D.S. N° 001-2016-SA., actualizada y modificada con RM 041-2018/SA y la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General que indica "el principio de presunción de veracidad" al cual me someto respecto a los datos y documentos que presento: dejando constancia que asumo cualquier tipo de responsabilidad de índole administrativo o judicial que pudiera ocasionar el procedimiento solicitado, declaro bajo juramento con las precitadas disposiciones legales y solicito a usted designe a quien corresponda, realice la evaluación al expediente adjunto, para:

- CERTIFICACION DE PROYECTO DE PISCINA PUBLICA DE USO COLECTIVO ().
- CERTIFICACION DE PROYECTO DE PISCINA PRIVADA DE USO COLECTIVO ().

Para cuyo fin adjunto los siguientes requisitos:

1. Solicitud de certificación de aprobación sanitaria de proyectos de Piscinas públicas o Privadas de uso colectivo, dirigida al Director Ejecutivo de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, con carácter de declaración jurada, el cual contiene el número de Registro Único del Contribuyente (RUC).
2. Memoria descriptiva.
3. Copia del Plano de Ubicación y Arquitectura, incluyendo cortes y detalles de las instalaciones de la piscina.
4. Copia simple de los planos de las Instalaciones Sanitarias, vista en planta, secciones y detalles de la piscina y accesorios, y el isométrico del equipo de recirculación.
5. Manual de operación y mantenimiento de la piscina.
6. Especificaciones técnicas del sistema de recirculación a utilizar.
7. Pago por derecho de trámite del Banco de la Nación

Por lo expuesto, agradeceré brindar la atención a la presente, comprometiéndome a cumplir con las mejoras y disposiciones que se requiere.

Lima, _____ de _____ del 20___



REPRESENTANTE LEGAL
DNI:



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

SOLICITUD CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA

ASUNTO: AUTORIZACIÓN SANITARIA
RENOVACIÓN DE AUTORIZACIÓN SANITARIA
PARA:

Two empty rectangular boxes for stamping or marking.

ESTABLECIMIENTOS DE CRIANZA, ATENCIÓN,
COMERCIALIZACIÓN Y ALBERGUE DE CANES.

SEÑOR DIRECTOR EJECUTIVO DE SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA DE LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO.

Yo _____, identificado con DNI () / C.E () N° _____,
Domiciliado en _____,
Médico Veterinario Jefe _____, C.M.V.P: _____,
Empresa y/o Razón Social: _____,
Ubicación del Establecimiento Veterinario: _____,
Distrito: _____ RUC N° _____ Teléfono y/o celular _____,
Correo electrónico _____, día de Pago: ___/___/___, Comprobante de Pago N° _____; ante usted con el debido respeto digo:

Que, de conformidad a lo establecido en el Procedimiento N° 187 del Texto Único de Procedimientos Administrativos (TUPA) del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2016-SA y modificado por Resolución Ministerial N° 041-2018/MINSA; así como lo dispuesto en el numeral 1.7 del artículo IV y el artículo 51, que regula la Presunción de Veracidad, según el Texto Único Ordenado (TUO) de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

Al amparo de lo establecido en la Ley N° 27596, Ley que regula el Régimen Jurídico de Canes, así como el Reglamento de la Ley que regula el Régimen Jurídico de Canes, aprobado mediante Decreto Supremo N° 006-2002-SA y su modificatoria aprobada por Resolución Ministerial N° 841-2003-SA-DM; solicito a su Despacho se sirva disponer a quien corresponda la AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTO DE CRIANZA, ATENCIÓN, COMERCIALIZACIÓN Y ALBERGUE DE CANES, en lo concerniente a los siguientes servicios:

- Establecimiento de Crianza de Canes. ()
• Establecimiento de Atención de Animales Domésticos. ()
• Establecimiento de Comercialización de Animales Domésticos. ()
• Establecimiento de Albergue de Canes. ()

De otro lado, DECLARO BAJO JURAMENTO que los documentos, informaciones u otros medios sucedáneos anexados en la presente solicitud se ajustan a la verdad de los hechos. Asimismo, dejo constancia de asumir cualquier tipo de responsabilidad de índole administrativo o judicial, que pudiera ocasionar la autorización sanitaria materia de la presente solicitud; por lo que, considero haber cumplido con todos los requisitos establecidos en el TUPA antes mencionado.

Para estos efectos, adjunto los siguientes requisitos:

1. Solicitud de Autorización ó Renovación de Autorización Sanitaria para Establecimientos de Crianza, Atención, Comercialización y Albergue de Canes, dirigida al Director Ejecutivo de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, con carácter de Declaración Jurada el cual contiene el número de Registro Único del Contribuyente (RUC), firmada por el Representante Legal y por el Médico Veterinario Jefe además el día de pago y el número de constancia de pago.
2. Programa de Higiene y Saneamiento del establecimiento, refrendado por el Médico Veterinario Jefe.
3. Programa de Bioseguridad para la prevención de enfermedades transmisibles, refrendado por el Médico Veterinario Jefe.
4. Pago por derecho de trámite del Banco de la Nación, adjuntando Boucher y/o boleta.

Por lo expuesto, a usted señor Director, solicito se sirva admitir y resolver mi petición con arreglo a ley.

Lima, ___ de ___ del 20 ___



REPRESENTANTE LEGAL
DNI:

MEDICO VETERINARIO JEFE
DNI:

OTROS FORMATOS



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

SOLICITO: AMPLIACION DE PLAZO

SEÑOR/A DIRECTOR/RA EJECUTIVO/VA DE LA DIRECCION DE SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA DE LA DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

Yo (Representante Legal):..... Nombre Comercial o Razón Social: con RUC N°..... y Partida Registral N°:..... Con domicilio Real en:..... Identificado (a) con DNI.(), Carné de Extranjería()Pasaporte() N°....., nacionalidad:.....domiciliado en..... distrito.....provincia.....y departamento.....

Ante usted me presento y habiendo iniciado el Procedimiento TUPA siguiente:

- () P-181, AUTORIZACION SANITARIA PARA DE ESTACIONES DE SURTIDORES Y PROVEEDORES MEDIANTE CAMIONES CISTERNA U OTROS MEDIOS EN CONDICIONES ESPECIALES DE DISTRIBUCIÓN DEL AGUA PARA CONSUMO HUMANO (Plazo: 12 días hábiles).
- () P-185, INSPECCIÓN TÉCNICA DE INICIO DE ACTIVIDADES DE EMPRESAS DE SANEAMIENTO AMBIENTAL, (Plazo: 12 días hábiles).
- () P-186 CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN SANITARIA DE PROYECTOS DE PISCINAS PÚBLICAS Y PRIVADAS DE USO COLECTIVO, (Plazo: 15 días hábiles).
- () P-187 AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA ESTABLECIMIENTOS DE CRIANZA, ATENCIÓN, COMERCIALIZACIÓN Y ALBERGUE DE CANES, (Plazo: 12 días hábiles).

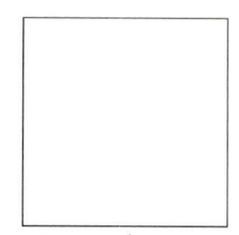
Que, habiéndose producido la Inspección y otorgado 03 días adicionales al plazo del Procedimiento TUPA, para levantar las observaciones, y requiriendo nuestra administrada de un tiempo mayor, solicito a Ud. Ampliación de Plazo por un total de 10 días hábiles adicionales contados a partir de la fecha del vencimiento del plazo TUPA, en aplicación del artículo 141º Del **DECRETO SUPREMO N° 006-2017-JUS**, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 -Ley del Procedimiento Administrativo General.

QUE, LA PRESENTE SOLICITUD ES DE APROBACIÓN AUTOMÁTICA A LA SOLA RECEPCIÓN, POR EL FUNCIONARIO DE LA OFICINA DE CERTIFICACIÓN DE DESAIA DIRIS LIMA CENTRO.

POR LO EXPUESTO:

A Ud. Solicito acceder a mi Petición por ser legal
de.....del.....

.....
Firma del Titular o Representante Legal





PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

HOJA CONTROL DE PLAZOS

Expediente :

Procedimiento:

Denominación:

Solicitante:

Empresa:

Fecha de ingreso:/...../.....

Fecha de inicio:/...../.....

Fecha de termino:/...../.....

<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>

<u>11</u>	<u>12</u>	<u>13</u>	<u>14</u>	<u>15</u>	<u>16</u>	<u>17</u>	<u>18</u>	<u>19</u>	<u>20</u>

<u>21</u>	<u>22</u>	<u>23</u>	<u>24</u>	<u>25</u>	<u>26</u>	<u>27</u>	<u>28</u>	<u>29</u>	<u>30</u>

Funcionario responsable:.....



ACTAS DE INSPECCIÓN TÉCNICA

ACTA DE INSPECCION TÉCNICA N°- 20
EMPRESAS DE SANEAMIENTO AMBIENTAL
(D.S. 022-2001-SA y RM. 449-2001-SA-DM)

Siendo las... horas del día... de... del..., el responsable de la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria - DIRIS Lima Centro; el profesional (especificar el grupo ocupacional)... con DNI..., quien se constituye a la Empresa y/o Razón Social... RUC N°... ubicada en... distrito... Representante Legal... DNI. y por la Empresa participan: ... Cargo: ... con DNI... Cargo: ... con DNI... con el fin de realizar la Inspección, constatándose lo siguiente:

I. SOLICITA AUTORIZACIÓN PARA LAS ACTIVIDADES DE SANEAMIENTO AMBIENTAL:

- 2.1 Desinsectación [] 2.4 Limpieza de ambientes []
2.2 Desratización [] 2.5 Limpieza y desinfección de reservorios de agua []
2.3 Desinfección [] 2.6 Limpieza de tanques sépticos []

Table with 5 columns: N°, ASPECTO, ÁREA Y/O SERVICIO, SI, NO, OBSERVACIÓN. Rows include categories like ALMACEN PARA INSUMOS QUÍMICOS, VESTUARIOS, SERVICIOS HIGIÉNICOS, DIRECCIÓN TÉCNICA, ESCRITURA PÚBLICA, MEMORIA DESCRIPTIVA DE PROCEDIMIENTOS, RESIDUOS SÓLIDOS, and OTROS.





9 EQUIPOS E INSUMOS QUÍMICOS POR ACTIVIDAD						
	Actividad	Equipo/Materiales:	SI	NO	Insumo químicos:	OBSERVACIÓN
9.1	Desinsectación	Moto mochila / Mochila manual				
		Pulverizador				
		Termo nebulizador				
		Otros				
9.2	Desratización	Jaulas Tomahawk (Acero)				
		Trampas adhesivas				
		Cebaderos				
		Otros				
9.3	Desinfección	Moto mochila / Mochila manual				
		Pulverizador				
		Termo nebulizador				
		Otros				
9.4	Limpieza de ambientes	Lustradora				
		Aspiradora				
		EPP				
		Otros				
9.5	Limpieza y desinfección de reservorios	Moto bomba				
		Manguera				
		EPP				
		Otros				
9.6	Limpieza de tanques sépticos	Camión succionador				
		Moto bomba				
		EPP				
		Otros				
10 ASUMO DE RESPONSABILIDAD						
10.1 ¿El Director Técnico se encuentra presente durante la inspección?						
	SI		El procedimiento administrativo continua con normalidad.			
	NO		El Administrado, Representante Legal, Gerente General, Apoderado y/o cualquier representante de la empresa asume la responsabilidad Técnica-Legal, que se consigne en el Acta de Inspección realizada.			

OBS:

Siendo las..... horas del día..... de..... del 20....., se concluye la visita de inspección y firman los participantes en señal de conformidad. Asimismo se concede el plazo de **03 días hábiles a partir de la fecha para el levantamiento de observaciones**, en caso de incumplimiento se denegará lo solicitado. Sin embargo, de considerar necesario, el administrado podrá solicitar dentro del plazo anterior; **una ampliación de plazo de 10 días hábiles la cual será aprobada automáticamente**, previa presentación de solicitud.



Representante de la DIRIS -LC

Representante de la Empresa de Saneamiento Ambiental

ACTA DE INSPECCIÓN TÉCNICA N° - 20.....

En Lima, siendo las..... horas del día de del 20, los inspectores, supervisores suscritos integrantes de la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria DIRIS Lima Centro, en atención a solicitud CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN SANITARIA DE PROYECTOS DE PISCINAS PÚBLICAS Y PRIVADAS DE USO COLECTIVO-TUPA 186, realizamos la inspección programada al establecimiento con domicilio fiscal en..... del distrito de RUC: debidamente representada por..... identificado con DNI () o C.E () N°.....

1. PARTICIPANTES:

Integrante de la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria - DIRIS Lima Centro CIP() N°.....
 Propietario y/o responsable del Establecimiento DNI() o C.E() N°.....

Clasificación de las Piscinas
 a. Patera ()
 b. Recreacionales ()
 c. Deportivas ()

Clasificación por el sistema de Recirculación
 a. Públicas ()
 b. Privadas de uso Colectivo ()

2. EL EXPEDIENTE CONSTA DE:

Documentos del Proyecto	CUMPLE	NO CUMPLE
Memoria descriptiva		
Planos de Ubicación y Arquitectura, incluyendo cortes y detalles de las instalaciones de la piscina.		
Planos de las Instalaciones Sanitarias, vista en planta, secciones y detalles de la piscina y accesorios y el isométrico del equipo de recirculación.		
Manual de Operación y Mantenimiento de la piscina.		
Especificaciones Técnicas del sistema de recirculación a utilizar.		

3. EL PROYECTO CONSTA DE:

DESCRIPCION	SI	NO	OBSERVACIONES
Zona de descanso (Artículo 15°) Las piscinas tendrán una superficie de descanso como mínimo igual a la lámina de agua del estanque, y la cuarta parte del área total de la piscina será sombreada.			
Paseo perimetral o Zona de pies descalzos (Artículo 16°) Tiene un área de paseo perimetral con ancho no menor de 1.5m, con pavimentos higiénicos, antideslizantes.			
Drenaje de Fondo (Artículos N° 19, 20, 21, 22) Los drenes deben estar cubiertos por rejillas de espesor y tamaño apropiados.			
Sistema de Limpieza (Artículo 23°) Para superficies menores a 200m ² se podrán utilizar 1 a más desnatadores, en un número no inferior a 1 por cada 25 metros cuadrados. Para superficies mayores a 200m ² se deben proveer sistemas de limpieza como canaletas de limpieza.			
Sistema de drenaje exterior (Artículo 24°) Toda piscina debe contar con una canaleta exterior compuesta por rejillas de material anticorrosivo, antideslizante y sumideros de drenaje de drenaje de 2".			
Abastecimiento de agua (Artículo 25°) Deberá estar conectada al sistema de agua limpia de agua potable u otra fuente de calidad comprobada..			
Tanque de Compensación (Artículo 26°) El abastecimiento de agua limpia a la piscina se hará a través de un tanque de compensación, y servirá para regular el nivel necesario para el adecuado funcionamiento de la piscina.			
Línea de retorno (Artículo 27°) Instalación de boquillas de retorno de agua tratada a la piscina, con una separación no mayor a 5m.			





Boquilla de Aspiración (Artículo 28°) Se instalarán boquillas de aspiración para la evacuación del agua al sistema de recirculación en estanques donde la lámina de agua sea superior a 200m ² .			
Escaleras y Barandales (Artículo 29) Se instalarán obligatoriamente escaleras en todo el perímetro del estanque, provistas de barandales, a una distancia no mayor de 37,5m entre una y otra.			
Seguridad Sanitaria (Artículo 30) Deberá contar con elementos sanitarios que no generen el crecimiento microbiano.			
Prevención de Riesgo y Accidentes (Artículo 31) En el proyecto de las piscinas no se contemplará elementos estructurales que establezcan condiciones inseguras, a fin de minimizar todo riesgo de accidentes.			
Duchas, inodoro y lavatorios (Artículo 32°) y vestuario (Artículo 33°) Se implementará duchas así como servicios higiénicos para uso de uno y otro sexo. Para piscinas públicas uso obligatorio de lava pies. Para piscinas privadas, se exime la obligatoriedad de duchas y vestuarios.			
Iluminación y Ventilación (Artículo 34) Para su funcionamiento durante la noche deberán tener luz artificial que asegure la iluminación de toda la instalación y así mismo deberá tener una debida ventilación.			
Piscina Climatizada (Artículo 35) Cuenta con un sistema de climatización y termómetro e hidrómetro a la vista de los usuarios.			
Desinsectación y Desratización (Artículo 37°) Deberá realizarse al menos una vez cada seis meses.			
Residuos Sólidos (Artículo 38°) Los residuos sólidos generados se almacenarán en papeleras con sus respectivas bolsas de plástico.			
Condiciones de Higiene y Seguridad (Artículo 39°) Se debe garantizar las óptimas condiciones higiénicas sanitarias y de seguridad.			
Clasificación del Sistema de Recirculación (Artículo N° 40° y 41°) Se considera 04 recirculación diarias para piscinas públicas y 03 recirculaciones por día para piscinas privadas.			
Sistema de Tuberías y válvulas (Artículo 45°) Deberá contar con manómetro, caudalímetro y grifo para la toma de muestras.			
Sistema de Desinfección (Artículo 47°) Cuenta con un dispositivo automático para la desinfección de agua.			
Atención de Primeros Auxilios (Artículo 57°) Contará con botiquín y las piscinas con una cantidad mayor a 450 usuarios deberán implementar una enfermería.			
Personal Socorrista (Artículo 58°) Piscinas hasta 300m ² tendrá un salva vidas, de 301 – 400m ² tendrán 2 salvavidas y de 601 – 1000m ² tendrá 3 salvavidas.			

Observaciones: _____

Siendo las..... horas del día..... de..... del 20....., se concluye la visita de inspección y firman los participantes en señal de conformidad. **Asimismo se comunica al administrado que tiene un plazo de días hábiles para el levantamiento de observaciones, en caso de incumplimiento se denegará lo solicitado. De considerar necesario, el administrado podrá solicitar dentro del plazo anterior una ampliación de plazo de 10 días hábiles, la cual será aprobada automáticamente, previa presentación de solicitud.**



PARTICIPANTE

INSPECTOR DIRIS LC
CIP:

C) LABORATORIO CLÍNICO. SI () - NO ()

- * Mesa de fácil higienización y en buen estado. Material:.....
 - * Cuenta con una adecuada conservación y vigencia de insumos de Laboratorio.
 - * Cuenta con Equipos y/o materiales de Laboratorio en buen estado.
 - * Cuenta con lavatorio para lavado de manos y/o materiales de laboratorio.
 - * Jabón líquido (), Papel toalla (), Gráfico de la Técnica de lavado de manos () - (si hubiera lavamanos).
 - * Depósito rígido para punzo cortantes rotulado y con solución germicida.
 - * Tacho con bolsa: **ROJA:** "Residuos Biocontaminados" () **AMARILLA:** "Residuos Especiales" () **NEGRA:** "Residuos Comunes" ()
- Observaciones:.....

SI NO	

D) ÁREA DE CIRUGÍAS. SI () - NO ()

- * Mesa de fácil higienización. Mesa en "V" () - Mesa Plana () Material:.....
 - * Caniles para internamiento (Post Operatorio u Hospitalización). Material:.....
 - * Cuenta con lavatorio para lavado de manos dentro () o Fuera () del Quirófano.
 - * Jabón líquido (), Papel toalla (), Gráfico de la Técnica de lavado de manos () - (si hubiera lavamanos).
 - * Equipo y/o material quirúrgico en buen estado (básico o especializado).
 - * Equipo para esterilización de Materiales - Físico () Químico ()
 - * Depósito para punzo cortantes rotulado y con solución germicida.
 - * Tacho con bolsa: **ROJA:** "Residuos Biocontaminados" () **NEGRA:** "Residuos Comunes" ()
- Observaciones:.....

SI NO	

E) ÁREA DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES. SI () - NO ()

- * Ecógrafo: Fijo () ó Portatil ()
 - * Rayos X: Fijo () ó Portatil ()
 - * *Autorización para manejo de equipo de Rayos X (IPEN).
 - * *Paredes de hormigón o ladrillo macizo revestidos con pintura a base de plomo.
 - * *Puertas contrachapadas internamente con láminas de Plomo (mínimo 2mm).
 - * *Equipo Radiológico con revelado Digital () o Químico ()
 - * *Equipo de Protección Personal (EPP) en Áreas de Radiodiagnóstico (vestimenta a base de Plomo).
 - * Tacho con bolsa: **NEGRA:** "Residuos Comunes" () **AMARILLA:** "Residuos Especiales" () solo con Rayos X
- Observaciones:.....

SI NO	

F) SERVICIOS HIGIÉNICOS. SI () - NO ()

- * Limpios y ordenado.
 - * Ducha para higiene del personal (Opcional).
 - * Cuenta con Inodoro en buen estado (Obligatorio).
 - * Cuenta con lavatorio para lavado de manos en buen estado(Obligatorio).
 - * Cuenta con Sumidero.
 - * Jabón líquido (), Papel toalla (), Gráfico de la Técnica de lavado de manos (), Papel Higiénico ()
 - * Tacho con bolsa: **ROJA:** "Residuos Contaminados" ()
- Observaciones:.....

SI NO	

G) OTROS.

- * Vitrina para exhibición de mascotas. Material:.....
- * Entre ellos: Perros () Gatos () Hámsters () Cobayos () Conejos () Peces () Aves () Otros ()

SI NO	

VI.- SERVICIOS QUE BRINDARA EL ESTABLECIMIENTO (Solo si cuenta con los ambientes correspondientes e inspeccionados).

1. Consultas Médicas () 2. Baños Pets () 3. Cirugías () 4. Laboratorio Clínico () 5. Diagnóstico por Imágenes ()

VII.- HIGIENE Y SANEAMIENTO.

- * Limpieza adecuada de los ambientes inspeccionados.
- * Periodicidad que realiza las actividades de Higiene y Limpieza del establecimiento:.....

SI NO	

VIII.- BIOSEGURIDAD.

- * Empresa que hace el recojo de los Residuos Biocontaminados (Decreto Legislativo 1278-Ley de Gestion Integral de Residuos Sólidos. Aprueba D.S 014-2017-MINAM (Reglamento), R.M N° 1295-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 144 - MINSA/2018/DIGESA, Norma Técnica de Salud: "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación".

SI NO	

EMPRESA:..... RUC:.....

- * Cuenta con formato DIRIS LC de consolidado de Manifiestos reportados por la E.O.R.S.

--	--

IX.- RECOMENDACIONES.

.....

.....

.....

Siendo las Horas del día de del 20..... Se concluye la visita de inspección técnica, y en señal de conformidad firman los participantes . Asimismo se concede el plazo de 03 días hábiles a partir de la fecha para el levantamiento de observaciones, en caso de incumplimiento se denegará lo solicitado. De considerar necesario, el administrado podrá solicitar dentro del plazo anterior; una ampliación de plazo de 10 días hábiles la cual será aprobada automáticamente, previa presentación de solicitud.



.....
PROPIETARIO/DECLARANTE

.....
PARTICIPANTE

.....
INSPECTOR DIBIS LIMA CENTRO

.....
INSPECTOR DIBIS LIMA CENTRO