

**TEXTO ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS – TUPA
HOSPITAL JAMO II-2**

N° de Orden	DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO	Número y Denominación	Formulario (Código y Ubicación)	DERECHO DE TRAMITACIÓN		CALIFICACIÓN			PLAZO PARA RESOLVER (En días hábiles)	INICIO DEL PROCEDIMIENTO	AUTORIDAD COMPETENTE PARA RESOLVER	INSTANCIAS DE RESOLUCIÓN DE RECURSOS			
				En % UIT	En S/.	AUTOMATICO	Evaluación Previa					RECONSIDERACIÓN	APELACIÓN		
							Positivo	Negativo							
186	Constancia de Atención. Base Legal: -Ley N° 26842, Ley General de Salud, del 20-07-97 Artículos N°. 13° y 24° y 25° inc. b) -R.M.386-2006-MINSA, Norma Técnica de Salud de los servicios de Emergencia, del 20-04-06 numeral 6.4	1.Solicitud dirigida al Director del Hospital por el interesado o Representante Legal, según modelo establecido y exhibido en la Unidad de trámite Documentario y en el Portal Web Institucional.		0.49 % UIT	S/. 18.80				X		3 (tres días)	Unidad de Trámite documentario	Jefe de la Unidad de Estadística e Informática, o Jefes de Departamento o servicio correspondiente		
187	Constancia de Nacimiento Base Legal: -Ley N° 26842, Ley General de Salud, del 20-07-97 Artículos N° 13° y 24° -D.S N° 015-98 PCM, Reglamento de Inscripción del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil. Artículos. N° 3° y 25° -Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, del 11-04-2001 Artículos N° 44. Y 45.	1.Solicitud dirigida al Director del Hospital por el interesado o Representante Legal, según modelo establecido y exhibido en la Unidad de trámite Documentario y en el Portal Web Institucional.		0.65 % UIT	S/. 25.00				X		3 (Tres días)	Unidad de Trámite documentario	Jefe de la Unidad de Estadística e Informática o Servicio Correspondiente		

N° de Orden	DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO	Número y Denominación	Formulario (Código y Ubicación)	DERECHO DE TRAMITACIÓN		CALIFICACIÓN			PLAZO PARA RESOLVER (En días hábiles)	INICIO DEL PROCEDIMIENTO	AUTORIDAD COMPETENTE PARA RESOLVER	INSTANCIAS DE RESOLUCIÓN DE RECURSOS		
				En % UIT	En S/.	AUTOMATICO	Evaluación Previa					RECONSIDERACIÓN	APELACIÓN	
							Positivo	Negativo						
NOTA PARA EL CIUDADANO: * Pago En Efectivo En Caja De La Entidad														
188	Certificado de Salud Base Legal: -Ley N° 26842, Ley General de Salud, del 20-07-97 Artículos N° 13° y 24°	1.Solicitud dirigida al Director del Hospital por el interesado o Representante Legal, según modelo establecido y exhibido en la Unidad de Trámite Documentario y en el Portal Web Institucional.		0.66 % UIT	S/. 25.50			X		2 (tres días)	Unidad de Trámite documentario	Jefes de Departamento o servicio correspondiente		
189	Copia de Historia Clínica o Epicrisis Base Legal: -Ley N° 26842, Ley General de Salud, del 20-07-97 Artículos N°. 24°, 29° y 44 -D.S N° 013-2006-S.A, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de a apoyo, del 25-06-06. Artículo N° 19	1.Solicitud dirigida al Director del Hospital por el interesado o Representante Legal, según modelo establecido y exhibido en la Unidad de Trámite Documentario y en el Portal Web Institucional.		0.66 % UIT	S/. 25.40			X		3 (Tres días)	Unidad de Trámite documentario	Jefe de la Unidad de Estadística e Informática o Servicio Correspondiente		

N° de Orden	DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO	Número y Denominación	Formulario (Código y Ubicación)	DERECHO DE TRAMITACIÓN		CALIFICACIÓN			PLAZO PARA RESOLVER (En días hábiles)	INICIO DEL PROCEDIMIENTO	AUTORIDAD COMPETENTE PARA RESOLVER	INSTANCIAS DE RESOLUCIÓN DE RECURSOS		
				En % UIT	En S/.	AUTOMATICO	Evaluación Previa					RECONSIDERACIÓN	APELACIÓN	
							Positivo	Negativo						
NOTA PARA EL CIUDADANO: * Pago en Efectivo En Caja De La Entidad														
190	Certificado de Discapacidad <u>Base Legal:</u> -Ley N° 26842- Ley General de Salud de fecha: 20-07-1997. Artículos N°. 13° y 24° -Ley N° 29973 Ley General de la persona con Discapacidad, de fecha 13-12-2012 Art. 76°. -Resolución Ministerial N°013-2015/MINSA Aprobar NTS N°112-MINSA /DGSP-V-01 , de fecha 07-01-2015. -NTS N°112-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la evaluación, Calificación y Certificación de la persona con Discapacidad de fecha 08-08-2015. Numeral: 6.2.4	1.Solicitud dirigida al Director del Hospital por el interesado o Representante Legal, según modelo establecido y exhibido en la Unidad de Trámite Documentario y en el Portal Web Institucional.											Reconsideración: Jefe de Departamento de Medicina y Jefe del servicio Medicina Física y Rehabilitación Jefe de Departamento de Medicina Física y Rehabilitación.	Apelación: Director Ejecutivo del Hospital

N° de Orden	DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO	Número y Denominación	Formulario (Código y Ubicación)	DERECHO DE TRAMITACIÓN		CALIFICACIÓN		PLAZO PARA RESOLVER (En días hábiles)	INICIO DEL PROCEDIMIENTO	AUTORIDAD COMPETENTE PARA RESOLVER	INSTANCIAS DE RESOLUCIÓN DE RECURSOS		
				En % UIT	En \$/.	AUTOMATICO	Evaluación Previa				RECONSIDERACIÓN	APELACIÓN	
							Positivo	Negativo					
NOTA PARA EL CIUDADANO: * Pago en efectivo en Caja de la Entidad													
	Acceso a la Información Pública	%Gc Mh XXf XU'8 fVmf'XY'< egl U' def Y' bhYg Dc' c' Fyd g yb ub y' @ Uz g ' +b a cX'c' Yg UV'W'K' ml M'K' 'Yb' 'UI b X X Y' Hza Y'8c Wa Yb U c' m'Yb Y' De f U' K' YV' -bg h V EbU"								I b X X Y' H Ua Y' Xc Wa Yb U c'	8 Y W K B' 9'Y W j U# FYUM Eb Yg D' V W g		
	%DVH /HJDO	3DUD TXH OD LQIRUPDFLyQ VHD SXHVWD D GLVSRV LFLyQ			GRATUITO								
	/H\ 1f /H\ GH0 3URFHGLPLHQWR	\$GPLQLVWUDWLYR *HQHUDO											
	GHO												
	\$UWLFXORV 1f QXPHUDO \	& 9I\ M f' fY W c' XY d U' c' def U' fyd c'X W K B' XY bz fa U W K B' gc' M X U '		0.003 % UIT	G#S%\$								
		8 W c' d U' c' gY'fY U p Lz' d N U' ei' M W K B' fYU p L U def 'U U' lef X N' ei Y' fYg' Y Y' Y' l za Y' U' Z b' XY' d c'W X f' U' U' Yb h Y U' XY' U' bz fa U W K B' "											
	/H\ 1f /H\ GH 7UDQVSDUHQFLD \	\$FFHVR D OD ,QIRUPDFLyQ											
	3-EOLFD GHO												
	%% \$UWLFXORV 1f f f f f \ f												
	' 6 1f 3&0 782 GH /H\ 1f /H\ GH	PDFLyQ Z bz fa U W K B' d Y' G H O											
	7UDQVSDUHQFLD \ \$FFHVR D OD ,QIRUPDFLyQ												
	\$UWLFXORV 1f f f f f \ f												
	' 6 1f 3&0 DSUXHED HO 5HJODP	HQWR GH OD /H\ 1f											
	GHO												
	\$UWLFXORV 1f f f f f \ f												
NOTA PARA EL CIUDADANO: * Pago en efectivo en Caja de la Entidad													