**DECLARACION JURADA**

**COMUNICO: INICIO DE ACTIVIDADES**

Señor:

……………………………………………………………………

Director de la Dirección Regional de Salud Piura

Presente

Yo ………………………xxxxxx…………………………………..…………… con DNI N° …………….., en mi calidad de representante legal y

……………xxxxxx…………………………………………………………………… con DNI N°……. ,

(Nombre del Director Médico /Responsable de la atención)

ante usted respetuosamente nos presentamos y exponemos:

Que en cumplimiento del Art. 7 del D.S. 013 2006-SA del Reglamento de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo, **COMUNICO EL INICIO DE ACTIVIDADES** en el establecimiento denominado y **DECLARO BAJO JURAMENTO** que garantizo la calidad y seguridad de los servicios que brindo a los usuarios, consignando la siguiente información:

1. **DE LA PERSONA NATURAL O JURIDICA PROPIETARIA DEL ESTABLECIMIENTO**

* Nombre o razón social:………………………………………………………
* Dirección: ………………………………………………………………………
* RUC:………………………….

1. **DEL ESTABLECIMIENTO**

* Nombre:………………………………………………………………………..
* Dirección: ……………………………………………………………………..
* Croquis de ubicación:(imagen)

1. **DEL DIRECTOR MEDICO**

* Nombre: ………………………………………………………………………
* N° de Colegiatura:………………………
* N° RNE:……………………………….

1. **TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE ACUERDO AL D.S. 013-2006-SA**

* Con Internamiento ( ) Sin Internamiento ( ) Servicio Médico de Apoyo( )
* N° de ambientes:…………………………………………
* Servicios que funcionan:…………………………………………………………………………..

1. **ESPECIALIDAD (ES) DE PRESTACIÓN QUE BRINDA:**
2. **POBLACION OBJETIVO A QUIEN VA A ATENDER:** ……………………………………………
3. **RELACIÓN DE EQUIPAMIENTO BIOMÉDICO:**

|  |  |
| --- | --- |
| Equipo Biomédico | Propio/ Tercerizado |
| xxxxx  xxxxxx |  |

*Tercerización : Es un mecanismo por el cual un establecimiento de salud encarga o delega a un tercero, el desarrollo de una o más de sus UPSS y/o actividades en forma total o parcial, para la provisión de servicios de salud, debiendo estar garantizada la calidad y oportunidad de la atención. La tercerización implica que el usuario reciba el servicio contratado en el mismo establecimiento de salud.*

1. **NÓMINA DE PROFESIONALES DE LA SALUD:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellidos y Nombres | N° Colegiatura | RNE | Habilidad profesional  (Fecha. Vigencia) |
|  |  |  |  |

1. **HORARIO DE ATENCIÓN:** ………………………………………………………………….
2. **COMPATIBILIDAD DE USO EMITIDA POR LA MUNICIPALIDAD** (adjuntar documento)

Atentamente;

Piura, …………… de ………………………. Del 202……..

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

Representante Legal Director Médico o Responsable de la Atención

DNI Nº CMP Nº

DNI Nº