



PERÚ

**Ministerio
de Salud**

RENAES

Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

AYUDA DE INSCRIPCION

Versión 1.1

2009

INGRESO DE SOLICITUD

- Se deben llenar como mínimo todos los datos obligatorios que están identificados con un asterisco entre paréntesis (*) al lado de la variable, los demás datos se consideran como opcionales; sin embargo, se recomienda que se registre de todas maneras esa información opcional en caso de tenerla.
- Todos los caracteres se registrarán en mayúsculas.

EXPLICACIÓN DE LOS CAMPOS

Caso en que el Propietario sea Persona Natural:

Datos del Propietario

- **Registro Único de Contribuyente R.U.C. (*)**: Para el caso que esté registrado el número de R.U.C. de la persona natural en la base de datos del RENAES, se mostrará toda la información asociada al propietario luego de completar correctamente los 11 dígitos, dada esta condición se inhibirán los datos correspondientes y no se permitirá la modificación de los mismos.
Para el caso que no este registrado deberá ingresar el RUC y presionar sobre el **enlace a la SUNAT** para verificar el RUC.
- **Nombres y Apellidos del Propietario (*)**: Registrar nombres y apellidos completos.
- **Tipo de Doc. Identidad (*)**: Se seleccionará entre las siguientes opciones:
 - DNI
 - CARNÉ DE EXTRANJERÍA
 - DOCUMENTO DE IDENTIDAD EXTRANJERO
 - PASAPORTE.
- **Nº Doc. Identidad (*)**: Se registrará el número de documento que corresponda al tipo de documento de identidad seleccionado.
- **Dirección Completa (*)**: Se registrará la Calle / Avenida / Jirón / Manzana / Lote / Urbanización / Sector / Kilómetro en un sólo recuadro.
- **Departamento (*)**: Se seleccionará de la lista de departamentos.
- **Provincia (*)**: Se seleccionará de la lista de provincias según el departamento elegido.
- **Distrito (*)**: Se seleccionará de la lista de distritos según la provincia elegida.

A partir de esta combinación de Departamento, Provincia y Distrito se construirá el número de ubigeo que se grabará en la base de datos. Para el caso de Lima se construirá el código a partir del Distrito.
- **Teléfono (*)**: Código de ciudad + número telefónico. Ej: 084-232937.
- **Fax**: Código de ciudad + número telefónico. Ej: 084-226261.
- **Correo Electrónico Personal (*)**: Se registrará el correo electrónico.
- **Reingrese el Correo Electrónico Personal (*)**: Se registrará la confirmación del correo electrónico.
- **Página Web Personal**: Se registrará la página web personal si tuviese. Ej: <http://www.minsa.gob.pe>.

Datos del representante Legal:

Si no se llenan los datos para el caso de personas naturales, se ingresaran los mismos datos correspondientes al propietario:

- **Nombres y Apellidos del Representante Legal:** Registrar nombres y apellidos completos.
- **Tipo de Doc. Identidad:** Se seleccionará entre las siguientes opciones:
 - DNI
 - CARNÉ DE EXTRANJERÍA
 - DOCUMENTO DE IDENTIDAD EXTRANJERO
 - PASAPORTE.
- **Nº Doc. Identidad:** Se registrará el número de documento que corresponda al tipo de documento de identidad seleccionado.
- **Correo Electrónico del Representante Legal:** Se registrará el correo electrónico.
- **Reingrese el Correo del Representante Legal:** Se registrará la confirmación del correo electrónico.


Caso en que el Propietario sea Persona Jurídica:

Datos del Propietario

- **Registro Único de Contribuyente R.U.C. (*):** Para el caso que esté registrado el número de R.U.C. de la persona jurídica en la base de datos del RENAES, se mostrará toda la información asociada al propietario luego de presionar el botón **Obtener Datos del Propietario**, dada esta condición se inhibirán los datos correspondientes y no se permitirá la modificación de los mismos.
- **Razón Social (*):** Se registrará la razón social.
- **Dirección Completa (*):** Se registrará la Calle / Avenida / Jirón / Manzana / Lote / Urbanización / Sector / Kilómetro en un sólo recuadro.
- **Departamento (*):** Se seleccionará de la lista de departamentos.
- **Provincia (*):** Se seleccionará de la lista de provincias según el departamento elegido.
- **Distrito (*):** Se seleccionará de la lista de distritos según la provincia elegida.

A partir de esta combinación de Departamento, Provincia y Distrito se construirá el número de ubigeo que se grabará en la base de datos. Para el caso de Lima se construirá el código postal a partir del Distrito.

- **Teléfono (*):** Código de ciudad + número telefónico. Ej: 084-232937.
- **Fax:** Código de ciudad + número telefónico. Ej: 084-226261.
- **Correo Electrónico de la Empresa (*):** Se registrará el correo electrónico.
- **Reingrese el Correo Electrónico de la Empresa (*):** Se registrará la confirmación del correo electrónico.

 PERÚ Ministerio de Salud	RENAES – Ayuda de Inscripción	
	2009	Versión: 1.1

- **Página Web de la Empresa:** Se registrará la página web de la empresa.

Datos del Representante Legal:

Son obligatorios para el caso de personas jurídicas:

- **Nombres y Apellidos del Representante Legal (*):** Registrar nombres y apellidos completos.
- **Tipo de Doc. Identidad (*):** Se seleccionará entre las siguientes opciones:
 - DNI
 - CARNÉ DE EXTRANJERÍA
 - DOCUMENTO DE IDENTIDAD EXTRANJERO
 - PASAPORTE.
- **Nº Doc. Identidad (*):** Se registrará el número de documento que corresponda al tipo de documento de identidad seleccionado.
- **Correo Electrónico del Representante Legal (*):** Se registrará el correo electrónico.
- **Reingrese el Correo del Representante Legal (*):** Se registrará la confirmación del correo electrónico.

Datos del Establecimiento (Persona Natural o Jurídica)

- **Tipo de Establecimiento (*)**: Se seleccionará entre las siguientes opciones:
 - Establecimiento de Salud sin internamiento
 - Establecimiento de Salud con internamiento
 - Servicio Médico de Apoyo
- **Clasificación (*)**: Es una tabla que corresponderá dependiendo de la selección del Tipo de Establecimiento. Esta clasificación se estipula en el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (DS N° 013-2006-SA).

Establecimiento de Salud sin internamiento:

1. PUESTOS DE SALUD O POSTAS DE SALUD
2. CENTROS DE SALUD O CENTROS MEDICOS
3. POLICLINICOS
4. CENTROS MEDICOS ESPECIALIZADOS
5. CONSULTORIOS MEDICOS Y DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD

Establecimiento de Salud con internamiento:


6. HOSPITALES O CLINICAS DE ATENCION GENERAL
7. HOSPITALES O CLINICAS DE ATENCION ESPECIALIZADA
8. CENTROS DE SALUD CON CAMAS DE INTERNAMIENTO
9. CENTROS DE ATENCION GERIATRICA
10. INSTITUTOS DE SALUD ESPECIALIZADOS

Servicio Médico de Apoyo:

11. PATOLOGIA CLINICA
12. ANATOMIA PATOLOGICA
13. DIAGNOSTICO POR IMAGENES
14. MEDICINA NUCLEAR
15. RADIOTERAPIA
16. MEDICINA FISICA
17. REHABILITACION
18. HEMODIALISIS
19. LITOTRIPSIA
20. MEDICINA HIPERBARICA
21. ENDOSCOPIAS
22. COLPOSCOPIAS
23. SERVICIO DE TRASLADO DE PACIENTES, ATENCION DOMICILIARIA O ATENCION PRE HOSPITALARIA
24. ESTABLECIMIENTOS DE RECUPERACION O REPOSO
25. CENTROS OPTICOS
26. LABORATORIOS DE PROTESIS DENTAL
27. ORTOPEDIAS Y SERVICIOS DE PODOLOGIA
28. CENTROS DE ATENCION PARA DEPENDIENTES A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y OTRAS DEPENDENCIAS
29. CENTROS DE VACUNACION
30. CENTROS DE MEDICINA ALTERNATIVA

- **Nombre (*)**: Se registrará el nombre oficial del establecimiento.
- **Nombre Comercial (*)**: Se registrará el nombre comercial si tuviera, en caso contrario poner el nombre oficial del establecimiento.
- **Institución a la que pertenece (*)**: Se seleccionará entre las siguientes opciones:
 - MINSA
 - ESSALUD


- SANIDAD DEL EJERCITO
 - SANIDAD DE LA FUERZA AEREA
 - SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU
 - SANIDAD NAVAL
 - GOBIERNO REGIONAL
 - GOBIERNO PROVINCIAL
 - GOBIERNO LOCAL
 - PRIVADO
 - OTRO
- **Número de Serie del RUC (*)**: Este dato corresponde cuando el establecimiento tenga más de una sede (cuando se tiene más locales con el mismo R.U.C.)
 - **Dirección Completa (*)**: Se registrará la Calle / Avenida / Jirón / Manzana / Lote / Urbanización / Sector / Kilómetro en un sólo recuadro.
 - **Departamento (*)**: Se seleccionará de la lista de departamentos.
 - **Provincia (*)**: Se seleccionará de la lista de provincias según el departamento elegido.
 - **Distrito (*)**: Se seleccionará de la lista de distritos según la provincia elegida.
- A partir de esta combinación de Departamento, Provincia y Distrito se construirá el número de ubigeo que se grabará en la base de datos.
- **Teléfono (*)**: Se registrará el teléfono. Ej: 043-345437 / 94-9123456
 - **Teléfono de emergencia**: Se registrará el teléfono de emergencia si tuviese. Ej: 043-345437 / 94-9123456
 - **Radio**: Se registrará la radio si tuviese. Ej: 4, 7.780.0 Khz, HF - OAW-97.
 - **Fax**: Código de ciudad + número telefónico. Ej: 084-226261.
 - **Compatibilidad de Uso (*)**: Se seleccionará entre SI o NO.
 - **Tipo Doc. Funcionamiento (Municipal)**: Se seleccionará entre las siguientes opciones:
 - LICENCIA MUNICIPAL
 - COMPATIBILIDAD DE USO
 - ZONIFICACION
 - **Nº Doc. Funcionamiento (Municipal)**: Se registrará el número de documento que corresponda al tipo de documento de funcionamiento (municipal) seleccionado.
 - **Otro Doc. Func. (No Municipal)**: Se registrará el tipo y número de otro documento de funcionamiento (no municipal).
 - **Correo Electrónico del Establecimiento (*)**: Se registrará el correo electrónico
 - **Reingrese el Correo del Establecimiento (*)**: Se registrará la confirmación del correo electrónico.
 - **Dirección de la Página Web del Establecimiento**: Se registrará la página web del establecimiento.
 - **Fecha de Inicio de Actividad (*)**: Se registrará en formato fecha el dato correspondiente.

 PERÚ Ministerio de Salud	RENAES – Ayuda de Inscripción	
	2009	Versión: 1.1

- **Fecha de creación según Resolución:** Se registrará en formato fecha el dato correspondiente.
- **Número de Resolución de creación del Establecimiento:** Se registrará el número de resolución que certifique la creación del establecimiento.

Datos Adicionales:

- **Categoría:** Se seleccionará entre las siguientes opciones:
 - 0 (SIN CATEGORIA)
 - I-1
 - I-2
 - I-3
 - I-4
 - II-1
 - II-2
 - III-1
 - III-2
- **Tipo Doc. de Categorización:** Se registrará el tipo de documento que acredite la categorización.
- **Nº Doc. de Categorización:** Se registrará el número de documento que corresponda al tipo de documento de categorización seleccionado.
- **Nº Ambientes del Establecimiento (*):** Ambiente del establecimiento es todo aquel lugar que es cerrado con puerta. Se registrará un dato numérico de tres dígitos.
- **Servicios que funcionan (*):** Se seleccionará de la tabla de Servicios UPS.
- **Especialidades de Prestación (*):** Se seleccionará de la tabla de especialidades.
- **Grupo Objetivo (*):**
- **Horario de Atención (*):** Se registrará el horario según los siguientes ejemplos.
Ej1: 8:00 - 18:00
Ej2: 24 horas

 PERÚ Ministerio de Salud	RENAES – Ayuda de Inscripción	
	2009	Versión: 1.1

Director Médico o Representante de la atención de Salud:

- **Nombres y Apellidos (*):** Se registrará los nombres y apellidos completos de la persona responsable.
- **Tipo de Doc. Identidad (*):** Se seleccionará entre las siguientes opciones:
 - DNI
 - CARNÉ DE EXTRANJERÍA
 - DOCUMENTO DE IDENTIDAD EXTRANJERO
 - PASAPORTE.
- **Nº Doc. Identidad (*):** Se registrará el número de documento que corresponda al tipo de documento de identidad seleccionado.
- **Colegio Profesional (*):** Se seleccionará entre las siguientes opciones:
 - PERSONAL DE SALUD SIN COLEGIATURA
 - COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ
 - COLEGIO QUÍMICO FARMACÉUTICO DEL PERÚ
 - COLEGIO ODONTOLÓGICO DEL PERÚ
 - COLEGIO DE BIÓLOGOS DEL PERÚ
 - COLEGIO DE OBSTETRICES DEL PERÚ
 - COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERÚ
 - COLEGIO DE TRABAJADORES SOCIALES DEL PERÚ
 - COLEGIO DE PSICÓLOGOS DEL PERÚ
 - COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ
 - COLEGIO DE NUTRICIONISTAS DEL PERÚ
- **Número de colegiatura (*):** Se registrará el número correspondiente.
- **RNE (Registro Nacional de Especialidad) (*):** Se registrará el código correspondiente.

Consideraciones:

- Al finalizar la inscripción el usuario debe tomar nota de su número de inscripción y de su contraseña a fin de poder ingresar al sistema y obtener la impresión de la Ficha de Inscripción (muestra todos los datos ingresados en el formulario) y la Declaración Jurada que lo adjuntara a su expediente. También recibirá dicha información en la casilla de correo electrónico que puso en la ficha de inscripción.
- El propietario tiene un plazo de 30 días para presentar en las Oficinas de Registro designadas por las DISAS o DIREAS los siguientes documentos:
 1. Ficha de Inscripción.
 2. Declaración Jurada.
 3. Relación de Equipamiento (biomédicos, de seguridad y otros de acuerdo a la naturaleza de sus actividades), diferenciando los propios de los provistos por terceros.
 4. Nómina de Profesionales de Salud, señalando número de colegiatura, especialidad y su habilitación, cuando corresponda.
 5. Adjuntar documentos: Licencia Municipal, Compatibilidad de uso, Zonificación u otros documentos de funcionamiento no municipal.
 6. Croquis de Ubicación.
 7. Solicitud de registro dirigida a la DISA / DIRESA.

FORMULARIO DE REGISTRO

Marque con una X según corresponda:
<input type="checkbox"/> Persona Natural
<input type="checkbox"/> Persona Jurídica

(*) Datos obligatorios

Datos del Propietario:	
Registro Único del Contribuyente R.U.C.:	(*)
	Escriba el número de R.U.C. del Propietario
Nombre y Apellidos o Razón Social del Propietario	(*)
	Escriba el nombre correspondiente
Tipo de Doc. Identidad: (sólo persona natural)	(*)
	(DNI, CARNÉ DE EXTRANJERÍA, DOCUMENTO DE IDENTIDAD EXTRANJERO, PASAPORTE)
Nº Doc. Identidad: (sólo persona natural)	(*)
	Escriba el documento de identidad que utilice
Dirección Completa	(*)
	Calle / Avenida / Jirón / Manzana / Lote / Urbanización / Sector / Kilómetro
Departamento:	(*)
	Escriba el departamento que corresponde a la dirección del Propietario
Provincia:	(*)
	Escriba la provincia que corresponde a la dirección del Propietario
Distrito:	(*)
	Escriba el distrito que corresponde a la dirección del Propietario
Teléfono:	(*)
	Escriba el código de provincia y número de teléfono
Fax:	(*)
	Escriba el código de provincia y número de teléfono
Correo Electrónico Personal o de la Empresa:	(*)
	Escriba su dirección de correo
Dirección de la Página Web Personal o de la Empresa:	(*)
	Escriba la dirección si la tuviera: (Ej: http://www.minsa.gob.pe)
Datos del Representante Legal	
Nombres y Apellidos del Representante Legal:	(*)
	Ingrese el nombre correspondiente
Tipo de Doc. Identidad:	(*)
	(DNI, CARNÉ DE EXTRANJERÍA, DOCUMENTO DE IDENTIDAD EXTRANJERO, PASAPORTE)
Nº Doc. Identidad:	(*)
Correo Electrónico del Representante Legal:	(*)

Escriba su dirección de correo	
Datos del Establecimiento	
Tipo de Establecimiento:	(*)
Establecimiento de Salud sin internamiento () Establecimiento de Salud con internamiento () Servicio Médico de Apoyo ()	Marque el correspondiente
Clasificación del Establecimiento:	(*)
	Ver tabla correspondiente a Clasificación de los Establecimientos
Nombre:	(*)
	Escriba el nombre oficial del establecimiento
Nombre Comercial:	(*)
	Escriba el nombre comercial si tuviera, en caso contrario poner el nombre oficial
Institución a la que pertenece:	(*)
	Seleccione entre MINSA, ESSALUD, SANIDAD DEL EJERCITO, SANIDAD DE LA FUERZA AEREA, SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU, SANIDAD NAVAL, GOBIERNO REGIONAL, GOBIERNO PROVINCIAL, GOBIERNO LOCAL, PRIVADO, OTRO
Número de Serie del RUC:	
	Necesario cuando se tiene más locales con el mismo R.U.C.
Dirección Completa:	(*)
	Calle / Avenida / Jirón / Manzana / Lote / Urbanización / Sector / Kilómetro
Departamento:	(*)
	Escriba el departamento que corresponde a la dirección del Establecimiento
Provincia:	(*)
	Escriba la provincia que corresponde a la dirección del Establecimiento
Distrito:	(*)
	Escriba el distrito que corresponde a la dirección del Establecimiento
Teléfono:	(*)
	Digite el teléfono. Ej: 043-345437 / 94-9123456
Teléfono de Emergencia:	
	Digite el teléfono de emergencia. Ej: 043-345437 / 94-9123456
Radio:	
	Digite la radio. Ej: 4, 7.780.0 Khz, HF - OAW-97
Fax:	
	Escriba el código de provincia y número de fax. Ej: 084-226261
Compatibilidad de Uso:	(*)
	Se indicará SI o No por la ubicación
Tipo Doc. Funcionamiento (Municipal):	
	Escriba el número de licencia que corresponda
Nº Doc. Funcionamiento (Municipal)	

Otro Doc. Func. (No Municipal)	
Correo Electrónico del Establecimiento:	(*)
	Escriba su dirección de correo
Dirección de la Página Web del Establecimiento:	
	Escriba la dirección si tuviera. Ej: http://www.minsa.gob.pe
Fecha de Inicio de Actividad:	(*)
	Digite la fecha. Ej: 01/05/1980
Fecha de creación según Resolución:	
	Digite la fecha. Ej: 01/05/1980
Nº de Resolución de creación del Establecimiento:	
Datos adicionales	
Categoría:	
Tipo Doc. de Categorización:	
Nº Doc. de Categorización:	
Nº Ambientes del Establecimiento:	(*)
	Ambiente del establecimiento es todo aquel lugar que es cerrado con puerta. Se registrará un dato numérico de tres dígitos.
Servicios que funcionan:	(*)
	Seleccione los servicios del listado de Unidad Productora de Servicios aprobado con RM N° 704 -2006/MINSA
Especialidades de Prestación:	(*)
	Seleccione las especialidades de la tabla de Especialidades
Grupo Objetivo:	(*)
Horario de Atención:	(*)
	Digite el horario. Ej1: 8:00 - 18:00 Ej2: 24 horas
Director Médico o Representante de la Atención de la Salud	
Nombres y Apellidos:	(*)
Tipo de Doc. Identidad:	(*)
	(DNI, CARNÉ DE EXTRANJERÍA, DOCUMENTO DE IDENTIDAD EXTRANJERO, PASAPORTE)
Nº Doc. Identidad:	(*)
	Escriba el documento de identidad que utilice
Colegio Profesional:	(*)
	Ingrese el Colegio Profesional al que pertenece
Nº de Colegiatura:	(*)
	Si pertenece a PERSONAL DE SALUD SIN COLEGIATURA, poner 0 (Número cero)
RNE (Registro Nacional de Especialidad)	(*)
	Si no tiene RNE poner 0 (Número cero)