

2015



**GOBIERNO REGIONAL DE LIMA**  
**Dirección Regional de Salud**  
*Verdad, Firmeza y Lealtad*

## TEXTO UNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS - TUPA

### DIRECCION REGIONAL DE SALUD LIMA Y HOSPITALES

- ✓ Aprobado con Ordenanza Regional N° 011-2012-CK-RL
- ✓ Modificado con Resolución Ejecutiva Regional N° 430-2013-PRES.

- DIRESA LIMA  
70 PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS.
- HOSPITALES  
09 PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS.

REAJUSTE DEL TERMINO PORCENTUAL SEGÚN EL Artículo 4° del DECRETO SUPREMO N° 062-2009-PCM, EN RELACION A LA UIT DEL AÑO 2015 APROBADO CON DECRETO SUPREMO N° 374-2014-EF (UIT - 3850).

OFICINA EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO  
ÁREA DE ORGANIZACIÓN

**DIRESA - LIMA**



TEXTO ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS - (TUPA) - HOSPITALES

REAJUSTE DEL TERMINO PORCENTUAL SEGÚN EL Artículo 4º del DECRETO SUPREMO Nº 062-2009-PCM, EN RELACION A LA UIT DEL AÑO 2015 APROBADO CON DECRETO SUPREMO Nº 374-2014-EF (UIT -3850)



| N° DE ORDEN                         | DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO   | REGLAMENTOS   |                            | DERECHO DE TRAMITACIÓN |        | CALIFICACIÓN |            | PLAZO PARA RESPONDER (en días hábiles) | PAJE DEL PROCEDIMIENTO      | AUTORIDAD COMPETENTE PARA RESOLVER  | INSTANCIAS DE RESOLUCIÓN DE RECURSOS                     |   |                  |          |
|-------------------------------------|--|---|----------------------------|------------------------|--------|--------------|------------|--|-----------------------------|---|--|---|------------------|----------|
|                                     |  | NOMBRE Y DENOMINACIÓN   | Formulario/Modelo/Deposito | en N° UIT              | en S/1 | Aprobación   | Evaluación |  |                             |   | RECIBO S/00-0000   | FECHA DE RECEPCIÓN  | FECHA DE EMISIÓN |          |
|                                     |  |   |                            |                        |        |              | Positivo   |  |                             |   |  |   |                  | Negativo |
| <b>HOSPITALES DE LA DIRESA LIMA</b> |  |   |                            |                        |        |              |            |  |                             |   |  |   |                  |          |
| 01                                  | Constancia de Atención.<br>Ley N° 26842, Ley General de Salud, Arts. 13º, 10º, 16º, 17º, 24º y 25º, Inc. del artículo 24º/25º  | 1. Solicitud dirigida al Director del Hospital por el interesado o Representante Legal.<br>2. según modelo.<br>3. Boleto de Depósito (en el caso que el pago se efectúe en una entidad financiera). | 0.41%                      | 15.8                   |        | X            |            | 3 (tres) Días                          | Trámite Documentario<br>III | Jefe de la Oficina o Unidad de Estadística e Informática o Jefe de Servicio Compras y Contratos |  |   |                  |          |
| 02                                  | Certificado de Salud.<br>Ley N° 26842, Ley General de Salud, Arts. 13º y 20º, del artículo 24º/25º   | 1. Solicitud dirigida al Director del Hospital por el interesado o Representante Legal.<br>2. según modelo.<br>3. Boleto de Depósito (en el caso que el pago se efectúe en una entidad financiera). | 0.42%                      | 18.2                   |        | X            |            | 2 (dos) Días                           | Trámite Documentario<br>II  | Jefes de Departamento o de Servicios Compras y Contratos  |  |   |                  |          |
| 03                                  | Informe Médico, Psicomotriz, Psicológico u Odontológico.<br>Ley N° 26842, Ley General de Salud, Arts. 13º, 15º y 24º del artículo 24º/25º  | 1. Solicitud dirigida al Director del Hospital por el interesado o Representante Legal.<br>2. según modelo.<br>3. Boleto de Depósito (en el caso que el pago se efectúe en una entidad financiera). | 1.02%                      | 61.0                   |        | X            |            | 7 (siete) Días                         | Trámite Documentario<br>II  | Jefes de Departamento o de Servicios Compras y Contratos  |  |   |                  |          |
| 04                                  | Copia de Historia Clínica o Epícrisis.<br>Ley N° 26842, Ley General de Salud, Arts. 13º, 15º, 16º, 17º, 24º y 25º, del artículo 24º/25º.   | 1. Solicitud dirigida al Director del Hospital por el interesado o Representante Legal.<br>2. según modelo.<br>3. Boleto de Depósito (en el caso que el pago se efectúe en una entidad financiera). | 0.51%                      | 16.8                   |        | X            |            | 6 (seis) Días                          | Trámite Documentario<br>III | Jefes de Departamento o de Servicios Compras y Contratos  |  |   |                  |          |
| 05                                  | Certificación de Discapacidad.<br>Ley N° 26842, Ley General de Discapacidad, Arts. 20º, del artículo 24º/25º.<br>Ley N° 26842, Ley General de Salud, Arts. 13º, 14º y 24º, del artículo 24º/25º.<br>D.S. Nº 003-2020 (PCM/IDEI), Reglamento de la Ley General de Discapacidad, Art. 14º, del artículo 24º/25º. | 1. Solicitud dirigida al Director del Hospital por el interesado o Representante Legal.<br>2. según modelo.   | gratuito                   | 0.10                   |        | X            |            | 12 (doce) Días                         | Trámite Documentario<br>III | Jefes de Departamento o de Servicios Compras y Contratos  | Jefes de Departamento o de Servicios Compras y Contratos | 0 (cero) del Hospital<br><br>Plazo para presentar: 15 días<br><br>Plazo para recibir: 30 días |                  |          |

TEXTO ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS - (TUPA) - HOSPITALES

REAJUSTE DEL TERMINO PORCENTUAL SEGUN EL Artículo 4º del DECRETO SUPREMO Nº 062-2009-PCM, EN RELACION A LA UIT DEL AÑO 2015 APROBADO CON DECRETO SUPREMO Nº 374-2014-EF (UIT -3850)



| N° DE ORDEN   | DENOMINACION DEL PROCEDIMIENTO   | REQUISITOS  |                          | DERECHO DE TRAMITACION |        | CALIFICACION |            |         | PLAZO PARA RESOLVER (en días hábiles) | MODO DEL PROCEDIMIENTO | AUTORIDAD COMPETENTE PARA RESOLVER       | INSTANCIAS DE RESOLUCION DE RECURSOS                                       |   |                  |
|---|--|---|--------------------------|------------------------|--------|--------------|------------|---------|---------------------------------------|------------------------|--|--|---|------------------|
|   |  | MAYOR Y OBLIGATORIO   | Forma de Pago/Obligación | Por UIT                | Por S/ | Porcentaje   | Evaluación |         |                                       |                        |  | Recurso de Recurso   | Recurso de Recurso  |                  |
|   |  |   |                          |                        |        |              | Porcentaje | Recurso |                                       |                        |  |  |   |                  |
| 06  | Certificado Médico de Incapacidad para el desempeño de Profesión de Invalidez (CI) Ley Nº 27023, Ley que modifica el Art. 20º de la Ley del Sistema Nacional de Pensiones referida a la Cauderación de Invalidez Nº 241204<br>D.S. Nº 170-2006-SP, Medidas Complementarias para la aplicación de la Ley Nº 27023, Art. 2º, de 2006     | 1. Solicitar dentro al Proveedor de Invalidez por el trabajador o beneficiario legal<br>2. según modelo<br>3. Boleto de Depósito (en el caso que el pago se efectúe en una entidad financiera)  |                          | 0.175<br>17.5          | 19.7   |              |            | X       |                                       | 30<br>Tribute<br>Días  | Tarifa Documentario de Invalidez (1 y 2) | Jefe de la Oficina de Médico Geriátrico de la Incapacidad                  | Proveedores de la Entidad Médica Geriátrica de la Incapacidad | Director General |
| (*) La atención del procedimiento será de acuerdo a la capacidad residual cualitativa o cuantitativa del establecimiento de salud.<br>(**) No incluye los servicios asistenciales que puedan requerirse para verificar la condición de usuario solicitante. |  |   |                          |                        |        |              |            |         |                                       |                        |  |  |   |                  |
| 07  | Constancia de Nacimiento Ley Nº 26842, Ley General de Salud, Art. 13º, 15º y 24º inc. f, del 2007155.<br>D.S. Nº 015-05-PCM, Reglamento de inscripción del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil, Art. 3º del 200498  | 1. Solicitar según modelo del Titular o Representante Legal o Autoridad Competente<br>2. según modelo<br>3. Boleto de Depósito (en el caso que el pago se efectúe en una entidad financiera)  |                          | 0.415<br>41.5          | 10.8   | X            |            |         |                                       |                        | Tarifa Documentario<br>(1)               | Jefe de la Oficina de Estadística e Inscripción o Servicio correspondiente |   |                  |
| 08  | Constancia de Defunción Ley Nº 29842, Ley General de Salud, Art. 13º, 15º y 24º, del 2007597<br>D.S. Nº 016-06-PCM, Reglamento de inscripción del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil, Art. 3º del 200498   | 1. Solicitar según modelo del Familiar o Representante Legal o Autoridad Competente<br>2. según modelo<br>3. Boleto de Depósito (en el caso que el pago se efectúe en una entidad financiera)   |                          | 0.415<br>41.5          | 15.0   | X            |            |         |                                       |                        | Tarifa Documentario<br>(1)               | Jefe de la Oficina de Estadística e Inscripción o Servicio correspondiente |   |                  |
| 09  | Acceso a la Información Pública Ley Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, de 1105401<br>D.S. Nº 043-2009-PCM, aprobado el Tercer Órgano Ordenado de la Ley Nº 27444, Ley de 737669010 y Acceso de la Información Pública, de 2405403<br>D.S. Nº 072-2013-PCM, aprobado el Reglamento de la Ley Nº 27444, de 97060258 | Para solicitar la información:<br>1. Solicitar que en forma escrita entregando:<br>a) Nombre, apellidos completos, DNI y domicilio del solicitante. Cuando el solicitante sea menor de edad no se requerirá información sobre D.N.I.<br>b) Expresión clara y precisa del pedido de información.<br>c) Número telefónico y correo electrónico, de ser el caso.<br>d) Firma del solicitante o su representante, de no haber firmado o estar impedido de hacerlo, de ser el caso, cuando la solicitud es presentada por representante documentado.<br>e) Dependiente que posea la información, de conocer a el solicitante.<br><br>2. Pago que la información sea puesta a disposición.<br>Estar recibiendo pago por la reproducción de la información solicitada.<br>Dicho pago se realizará dentro la prestación realizada por la entidad que respectiva al trámite a fin de acceder a la entrega de la información.<br><br>Por Copia A4 0.00796 0.10<br>Por Copia A3 0.00596 0.20<br>Por Dactilo 0.00796 1.00<br>Por CD 0.007 1.00<br>Por Placa o mapa 0.10596 4.00 |                          |                        |        |              |            | X       |                                       | 7<br>(solo)<br>Días    | Tarifa Documentario<br>(1)               |  |   |                  |