



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

SOLICITUD DE ACREDITACION DE INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD COMO SEDE DOCENTE:

Señor Doctor(a)
Presidente(a) del Comité Directivo
CONAREME
Presente. -

Yo,, con DNI N°, en el cargo de Director/Jefe/Encargado o las que haga sus veces o representante legal del Institución Prestadora de Servicios de Salud; ubicado en, del distrito de; Provincia.....del Departamento de

Solicito a Usted, se sirva acreditar como Sede Docente a la institución prestadora de servicios de salud:, para lo cual cumplo con adjuntar los documentos requeridos conforme al Proceso Regular de Acreditación de Sedes Docentes, aprobado por el CONAREME, bajo los alcances del Acuerdo N°....., en Asamblea General del y el Acuerdo N° del Comité Directivo del CONAREME, en Sesión Extraordinaria de fecha; en el marco del Decreto Supremo N° 016-2020-SA:

1. Solicitud de Acreditación como Sede Docente presentada por las Instituciones solicitantes al CONAREME que contenga una copia de los siguientes documentos:
 - a. Resolución de Categorización de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.
 - b. Registro RENAES.
 - c. Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado o las que haga sus veces, o representante legal de la institución solicitante.
 - d. Documento Nacional de Identidad del firmante.
2. Informe de Autoevaluación y sus anexos que lo sustentan.

Que, la información y documentación presentada en el Proceso Regular de Acreditación de Institución Prestadora de Servicio de Salud, regulado en el Reglamento de la Ley N° 30453, aprobado por el Decreto Supremo N° 007-2017-SA y los acuerdos administrativos del CONAREME, sobre la materia, es veraz y no contraviene las normas vigentes ni ha sido elaborada con fraude a la Ley.

Lo que declaro al amparo del principio de presunción de veracidad normado en el artículo 51° del Decreto Supremo N.º 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N.º 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.

Asumo la responsabilidad administrativa, civil y/o penal por cualquier acción de verificación que compruebe adulteración, falsedad o inexactitud alguna de los consignados en la presente declaración jurada o de cualquier documento o información presentada, con motivo de la acreditación, bajo los alcances del Decreto Supremo N° 004-2019-JUS Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General.



Conareme

Consejo Nacional de Residencia Médica Ley N° 30453

Suscribo la presente, como señal de conformidad, veracidad y cumplimiento, con pleno uso de mis facultades y de acuerdo con los alcances del principio de Autonomía de la Voluntad, establecido por el Código Civil vigente.

....., ... de del 2023.

.....
Director/Jefe/Encargado o las que haga sus veces o
representante legal de la Institución Prestadora de Servicios de Salud