



	COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL	CODIGO:	
	LISTA DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN PROFESIONAL	VERSIÓN:	01

Interesado: _____

N°	REQUISITOS	Colocar "Si" Cumple los requisitos o "No"			
		Prep.	Aprob.	Rev.	Observación
1	Solicitud dirigida al Decano(a) Nacional				
2	Licencia de Letrero vigente. (Si tuviese Letrero).				
3	Licencia Municipal de Funcionamiento (vigente).				
4	En caso el/la solicitante sea persona jurídica, copia literal de la partida (SUNARP) (vigente).				
5	Inscripción en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS).				
6	Ficha RUC - SUNAT.				
7	Licencia del Instituto Nacional de Defensa Civil – Certificado de ITSE Nivel de Riesgo. (INDECI)(vigente).				
8	Protocolo de Atención al Cliente del Centro de Atención de Servicios De Tecnología Médica.				
9	Constancia de habilidad de los Profesionales Tecnólogos Médicos que laboran o prestan servicios en el Centro de Atención de Servicios De Tecnología Médica.				
10	Curriculum Vitae de los Profesionales T. M. y colaboradores del Centro de Atención de Servicios De Tecnología Médica.				
11	El pago por derecho a trámite de Certificación de Calidad de Atención Profesional. (TEMPORALMENTE SUSPENDIDO)				



	<i>RESPONSABLE</i>	<i>NOMBRES Y APELLIDOS</i>	<i>FIRMA</i>	<i>FECHA</i>
Prep	Vocalía I- Consejo Regional			
Rev	Recepción - Consejo Nacional			
Apr.	Vocalía I- Consejo Nacional			



COLEGIO TECNÓLOGO MÉDICO DEL PERÚ

Solicito: Evaluación para otorgamiento de Certificado de Calidad de Atención Profesional del Colegio Tecnólogo Médico del Perú.

Sr.(a)
Licenciado(a)
Manuel Alfredo Ercilla Chinchayán
Decano (a) del Colegio Tecnólogo Médico del Perú

Yo
Con DNI N° Representante de la entidad prestadora de servicios de Tecnología Médica Ubicado en la dirección con Teléfono que cuenta con los siguientes servicios de atención en las áreas de Tecnología Médica de:
solicito a usted la evaluación de mi institución para obtener la Certificación de Calidad de Atención Profesional del CTMP.

Sin más que decir, me despido de usted afectuosamente.

.....
Firma

Lima..... de..... del 20....

Adjunto los siguientes documentos:

1. Solicitud dirigida al Decano(a) Nacional
2. Licencia de Letrero vigente. (Si tuviese Letrero).
3. Licencia Municipal de Funcionamiento (vigente).
4. En caso el/la solicitante sea persona jurídica, copia literal de la partida (SUNARP) (vigente).
5. Inscripción en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS).
6. Ficha RUC - SUNAT.
7. Licencia del Instituto Nacional de Defensa Civil – Certificado de ITSE Nivel de Riesgo. (INDECI)(vigente).
8. Protocolo de Atención al Cliente del Centro de Atención de Servicios De Tecnología Médica.
9. Constancia de habilidad de los Profesionales Tecnólogos Médicos que laboran o prestan servicios en el Centro de Atención de Servicios De Tecnología Médica.
10. Curriculum Vitae de los Profesionales T. M. y colaboradores del Centro de Atención de Servicios De Tecnología Médica.
11. El pago por derecho a trámite de Certificación de Calidad de Atención Profesional. (TEMPORALMENTE SUSPENDIDO)