****

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE PROGRAMA DE RESIDENTADO MÉDICO**

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 Formadora Universitaria ……………………………………………….….; ubicado en ..……………………………………, del distrito de ………….; Provincia ………………... del Departamento de …………….

Solicito a Usted, se sirva autorizar el funcionamiento del/ de los siguientes programas de residentado médico:

|  |
| --- |
| Programa de Residentado Médico: |
|  |
|  |
|  |
|  |

La información y documentación presentada en el Proceso Regular de Autorización del Funcionamiento de Programas de Residentado Médico, regulado en el Reglamento de la Ley N° 30453, aprobado por el Decreto Supremo N° 034-2017-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.

En tal sentido, cumplo con adjuntar los documentos requeridos conforme al Proceso Regular de Autorización del Funcionamiento de Programas de Residentado Médico, bajo los alcances del Acuerdo N° 031-2024-CONAREME-AG, en Asamblea General Extraordinaria del 08 de marzo de 2024; en el marco del Decreto Supremo N° 034-2023-SA:

1. Solicitud de Autorización presentada por la Institución Formadora Universitaria al Comité Directivo del CONAREME, adjuntando:

* Voucher (\*) de pago por derecho de autorización de programa de residentado médico.
* Resolución que aprueba el Programa de Especialidad
* Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado o las que haga sus veces, o representante legal de la institución solicitante.
* Copia Documento Oficial de Identidad del Director/Jefe/Encargado.

1. Informe de Autoevaluación, según matriz de autoevaluación
2. Documentos que sustenten el Informe de Autoevaluación (Fuente de verificación).
3. Declaración Jurada

**\*\*\* El expediente será presentado en formato PDF y foliado.**

(\*) Costo del Procedimiento de Autorización de Programa de Residentado Médico: 20% de la UIT 2024 = S/1030 (Mil treinta con 00/100 nuevos soles) por programa, abonado a la cuenta bancaria de CONAREME.

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.

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 2024

………………………………………………….

Director/Jefe/Encargado o las que haga sus veces o

representante legal de la Institución Formadora Universitaria