****

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 servicio 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 de la Asamblea General Extraordinaria del 16 de abril del 2024; en el marco del Decreto Supremo N° 034-2023-SA:

1. Solicitud de Acreditación como Sede Docente presentada por las Instituciones solicitantes al CONAREME que contenga una copia de los siguientes documentos:
	1. Resolución de Categorización de la Instituciones solicitantes, de corresponder. Excepcionalmente las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en tanto no tengan o cuentan con la Resolución Categorización, deberán presentar el cargo de la solicitud de trámite de categorización.
	2. Resolución o documento de representación del Director/Jefe/Encargado o las que haga sus veces, o representante legal de la institución solicitante.
	3. 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, Decreto Supremo N° 0034-2023-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.

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.

2022.

.…………………………………………………………..

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