



SUSALUD

Superintendencia Nacional de Salud

REGISTRO NACIONAL DE IPRESS

Solicitud de Inscripción

Febrero 2016

RENIPRESS – Solicitud de inscripción

- Luego de ingresar con tu usuario y contraseña selecciona la opción “Solicitar Inscripción de IPRESS”



SUSALUD
Superintendencia Nacional de Salud

RENIPRESS INGRESO AL SISTEMA

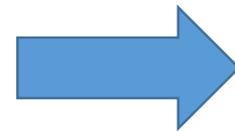
NOMBRE DE USUARIO

CONTRASEÑA

FYTG4
Ingrese Código de la imagen
[Refrescar la imagen](#)

INGRESAR

[Solicitar cuenta de usuario](#)
[¿Olvidaste tu contraseña?](#) [Ayuda](#)



SUSALUD
Superintendencia Nacional de Salud

**Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Salud
RENIPRESS**

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN IPRESS

Inscripción de IPRESS ▾

► **Solicitar Inscripción IPRESS**

Consulta de Trámite <

Reportes <

Reportes Personalizados <

Consultas en Línea <

Solicitud de Inscripción IPRESS

Solicitud Datos Generales INFRAESTRUCTURA

ORGANIZACION PARA LA ATENCION

DATOS DE LA PERSONA QUE COORDINARÁ LA INSCRIPCIÓN

TIPO DOCUMENTO IDENTIDAD (*) **NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD (*)**

(Seleccione Tipo Document)

PAÍS DE PROCEDENCIA (*) **FECHA DE NACIMIENTO**

(Seleccione País)

dd/mm/aaaa

RENIPRESS – Solicitud de inscripción

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN IPRESS

Datos Solicitud

Datos Generales

INFRAESTRUCTURA

EQUIPAMIENTO

RRHH

ORGANIZACION PARA LA ATENCION

La solicitud está conformada por 5 formularios:

- **Datos solicitud:** Para identificar a quien realiza el trámite y realizar las notificaciones.
- **Datos Generales:** Parar identificar al establecimiento (Propietario, Representante Legal, Director médico o responsable de la atención, Información del establecimiento, etc.
- **Infraestructura, Equipamiento, Recursos Humanos y Organización para la atención:** Para la evaluación de los recursos con los que cuenta el establecimiento.

RENIPRESS – Solicitud de inscripción

Datos Solicitud

s Generales

INFRAESTRUCTURA

EQUIPAMIENTO

RRHH

ORGANIZACION PARA LA ATENCION

DATOS DE LA PERSONA QUE COORDINARÁ LA INSCRIPCIÓN DE IPRESS

TIPO DOCUMENTO IDENTIDAD (*)

DNI

NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD (*)

PAÍS DE PROCEDENCIA (*)

PERÚ

FECHA DE NACIMIENTO (*)

APELLIDO PATERNO (*)

BAUTISTA

APELLIDO MATERNO

TANG

NOMBRES (*)

JULIO CESAR

DIRECCIÓN PARA LAS NOTIFICACIONES

DEPARTAMENTO (*)

LIMA

PROVINCIA (*)

LIMA

VÍA

AVENIDA

ALERIFES

NÚMERO

SN

NÚMERO PISO

Ingresa Número válido

- Registre la información solicitada en cada pestaña.
- Los datos de la persona se llenan automáticamente ingresando DNI, Fecha de nacimiento y sexo.
- Si hay algún dato incorrecto la aplicación resaltará en rojo e indicará el motivo.

RENIPRESS – Solicitud de inscripción

Datos Solicitud

Datos Generales

INFRAESTRUCTURA

EQUIPAMIENTO

RRHH

ORGANIZACION PARA LA ATENCION

DOCUMENTOS ADJUNTOS

 Autoridad Sanitaria de la Jurisdiccion del
 establecimiento de salud

DISA-LIMA SUR

Buscar

Número	Requisito	Plantilla	Obligatoriedad	Numero Documento	Fecha de Emision	Accion	Archivo Cargado
1	COMPATIBILIDAD DE USO		No			Examinar...	Archivo No Cargado
2	LICENCIA MUNICIPAL		No			Examinar...	Archivo No Cargado
3	ZONIFICACIÓN		No			Examinar...	Archivo No Cargado
4	SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN		Si	001	04/01/2016	Examinar...	Archivo No Cargado

10 registros por página Registros 1 - 4 de 4 registros

(*) Campos obligatorios

GUARDAR

CANCELAR

- Al seleccionar Departamento, Provincia y Distrito, automáticamente se selecciona la Autoridad Sanitaria correspondiente.
- Algunos documentos son obligatorios, debe hacer clic en el botón examinar para subirlos al sistema.
- Haga Clic en **GUARDAR**

RENIPRESS – Solicitud de inscripción

Datos Solicitud

Datos Generales

AESTRUCTURA

EQUIPAMIENTO

RRHH

ORGANIZACION PARA LA ATENCION

 PERSONA NATURAL PERSONA JURÍDICA PERSONA JURÍDICA PRIVADA

Datos de la Persona Jurídica



DATOS PRINCIPALES

REGISTRO ÚNICO DEL
CONTRIBUYENTE RUC (*)

20193980644

Verifique su RUC en www.sunat.gob.pe

RAZÓN SOCIAL (*)

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PASCO

NOMBRE COMERCIAL

DIRESA PASCO

DATOS COMPLEMENTARIOS

TELÉFONO (*)

063-42284

FAX

Ejemplo: 054-236261

Ej: (51) 1-542345; (51) 996189376;
#996189376, otros

CORREO ELECTRÓNICO (*)

DIRESAPASCO@DIRESAPASCO.GOB.PE

REINGRESE CORREO ELECTRÓNICO (*)

DIRESAPASCO@DIRESAPASCO.GOB.PE

PÁGINA WEB

DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO (*)

PASCO

PROVINCIA (*)

PASCO

DISTRITO (*)

YANACANCHA

- Debe continuar registrando la información de datos Generales, al registrar el RUC, la aplicación llenará automáticamente la Razón Social del Propietario, El departamento provincia y distrito.
- Haga Clic en **GUARDAR** al final del formulario.

RENIPRESS – Re aunar llenado de la solicitud de inscripción.



1. Puede reanudar con el llenado de la solicitud de inscripción en cualquier momento, ingresando a la opción del menú “Consulta de Trámite”

2. Aparecerá un listado en la parte derecha, haga clic en la palabra “NO ENVIADO”

15 registros por página

Código Trámite	Consultar	Código IPRESS	Tipo Tramite	Razón Social
NO ENVIADO 			INSCRIPCIÓN	DIRECCION REGIONAL DE SALUD PASCO

RENIPRESS – Solicitud de inscripción

Datos Solicitud

Datos Generales

INFRAESTRUCTURA

EQUIPAMIENTO

RRHH

ORGANIZACION PARA LA ATENCION

Datos del Director Médico o Representante de la Atención de Salud

Recursos Humanos



Lista Recursos Humanos

Registro Individual

FORMATO
 DESCARGAR 

ARCHIVO

Examinar... No se ha seleccionado ningún archivo.

CARGAR

LISTA DE PERSONAL (*)

Buscar

Apellido ...	Apellido Materno	Nombres	Tipo Doc. Ide...	Nro. Doc. Identidad	Colegio Profesional	Especialidades	UPSS	Acciones
BAUTISTA	TANG	JULIO CESAR	DNI	00250179	COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ	CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	CONSULTA EXTERNA	 

10 registros por página

Registros 1 - 1 de 1 registros

NUEVO

- En cada sección de Datos Generales se indica en verde si está correcto o rojo se falta información.
- En la sección de Recursos Humanos Haga Clic en **NUEVO** (se habilita la pestaña registro individual). Registre solo al personal asistencial.
- Puede editar haciendo clic ícono lápiz en la columna Acciones del listado de personal.
- Esta información será verificada en el establecimiento !

RENIPRESS – Solicitud de inscripción

Datos Solicitud

Datos Generales

INFRAESTRUCTURA

EQUIPAMIENTO

RRHH

ORGANIZACION PARA LA ATENCION

Lista Recursos Humanos

Registro Individual

TIPO DOCUMENTO IDENTIDAD (*) DNI	NRO DOCUMENTO IDENTIDAD (*) <input type="text"/>	Verifique su DNI en www.reniec.gob.pe
PAÍS DE PROCEDENCIA (*) PERÚ	FECHA DE NACIMIENTO (*) <input type="text"/>	SEXO (*) (Seleccione)
APELLIDO PATERNO (*) <input type="text"/>	APELLIDO MATERNO <input type="text"/>	APELLIDO CASADA <input type="text"/>
NOMBRES (*) <input type="text"/>		

COLEGIO PROFESIONAL (*)

Buscar <input type="text"/>						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sel.</th> <th>C...</th> <th>Nombre Colegio Profesional</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Sel.	C...	Nombre Colegio Profesional	<input type="checkbox"/>		
Sel.	C...	Nombre Colegio Profesional				
<input type="checkbox"/>						

ESPECIALIDAD

Buscar <input type="text"/>								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sel.</th> <th>Colegio Profesional</th> <th>Nombre Especialidad</th> <th>RNE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Sel.	Colegio Profesional	Nombre Especialidad	RNE	<input type="checkbox"/>			
Sel.	Colegio Profesional	Nombre Especialidad	RNE					
<input type="checkbox"/>								

COMPETENCIAS

Buscar <input type="text"/>						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sel.</th> <th>Código</th> <th>Nombre Competencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>16</td> <td>SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA</td> </tr> </tbody> </table>	Sel.	Código	Nombre Competencia	<input type="checkbox"/>	16	SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA
Sel.	Código	Nombre Competencia				
<input type="checkbox"/>	16	SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA				

CAPACITACIONES

Buscar <input type="text"/>						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sel.</th> <th>Código</th> <th>Nombre Competencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>APLICACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA</td> </tr> </tbody> </table>	Sel.	Código	Nombre Competencia	<input type="checkbox"/>		APLICACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA
Sel.	Código	Nombre Competencia				
<input type="checkbox"/>		APLICACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA				

ENTRENAMIENTO

Buscar <input type="text"/>						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sel.</th> <th>Código</th> <th>Nombre Competencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> <td>NEUMATOLOGÍA</td> </tr> </tbody> </table>	Sel.	Código	Nombre Competencia	<input type="checkbox"/>	1	NEUMATOLOGÍA
Sel.	Código	Nombre Competencia				
<input type="checkbox"/>	1	NEUMATOLOGÍA				

UPSS EN LA QUE LABORA (*)

Buscar <input type="text"/>									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sel.</th> <th>Código UPSS</th> <th>Nombre de UPSS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>030000</td> <td>ANATOMÍA PATOLÓGICA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>030100</td> <td>CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN</td> </tr> </tbody> </table>	Sel.	Código UPSS	Nombre de UPSS	<input type="checkbox"/>	030000	ANATOMÍA PATOLÓGICA	<input type="checkbox"/>	030100	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
Sel.	Código UPSS	Nombre de UPSS							
<input type="checkbox"/>	030000	ANATOMÍA PATOLÓGICA							
<input type="checkbox"/>	030100	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN							



- Para ingresar un Nuevo recurso humano, indique el documento de identidad, el sistema llenará sus Nombres y apellidos.
- Seleccione las competencias del profesional asistencial. Es obligatorio por lo menos, colegio profesional y la UPSS en la que labora.

RENIPRESS – Solicitud de inscripción

Datos Solicitud

Datos Generales

INFRAESTRUCTURA

EQUIPAMIENTO

RRHH

ORGANIZACION PARA LA ATENCION

 Datos Adicionales +

 NÚM
 EST
 21
 Amb
 Tod
 pue
 CIU

SERVICIOS (UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD - UPSS) QUE FUNCIONAN (*)

Buscar

Sel.	Có...	Nombre de UPSS	UPSS Terciarizada	RUC	Razon Soc
<input checked="" type="checkbox"/>	220000	CONSULTA EXTERNA	No		
<input type="checkbox"/>	240000	HOSPITALIZACIÓN	Seleccione		
<input type="checkbox"/>	230100	EMERGENCIA	Seleccione		
<input type="checkbox"/>	070000	CENTRO OBSTÉTRICO	Seleccione		
<input type="checkbox"/>	040000	CENTRO QUIRÚRGICO	Seleccione		
<input type="checkbox"/>	250100	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Seleccione		
<input type="checkbox"/>	150000	PATOLOGÍA CLÍNICA	Seleccione		
<input type="checkbox"/>	080000	DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	Seleccione		
<input type="checkbox"/>	030000	ANATOMÍA PATOLÓGICA	Seleccione		
<input checked="" type="checkbox"/>	110000	FARMACIA	No		

1 2 10 registros por página

Registros 1 - 10 de 19 registros

- Llenar la información de la sección “**Datos Adicionales**”. seleccionar las especialidades, servicios (UPS), Servicios de salud (UPSS) y Actividades que realiza el establecimiento.
- Las UPSS mínimas están seleccionadas por Defecto.
- Algunas UPSS del establecimiento son tercerizadas, Seleccione (SI/NO), e ingrese la información que se solicita según corresponda.
- Haga clic en el botón **GUARDAR**
- Esta información será verificada en el establecimiento !

RENIPRESS – Solicitud de inscripción

Datos Solicitud Datos Generales **INFRAESTRUCTURA** EQUIPAMIENTO RRHH ORGANIZACION PARA LA ATENCION

UPSS / DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

 CONSULTA EXTERNA

 FARMACIA



 DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD



Completo



Falta Completar



Sin información

FARMACIA

CANTIDAD TOTAL DE REQUISITOS: 6

Nro.	Descripción del Requisito	SI	NO	Cantidad
IN00086	ÁREA PARA ALMACENAMIENTO Y EXPENDIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
IN00087	ÁREA ESPECÍFICA PARA DISPENSACIÓN / EXPENDIO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

 GUARDAR

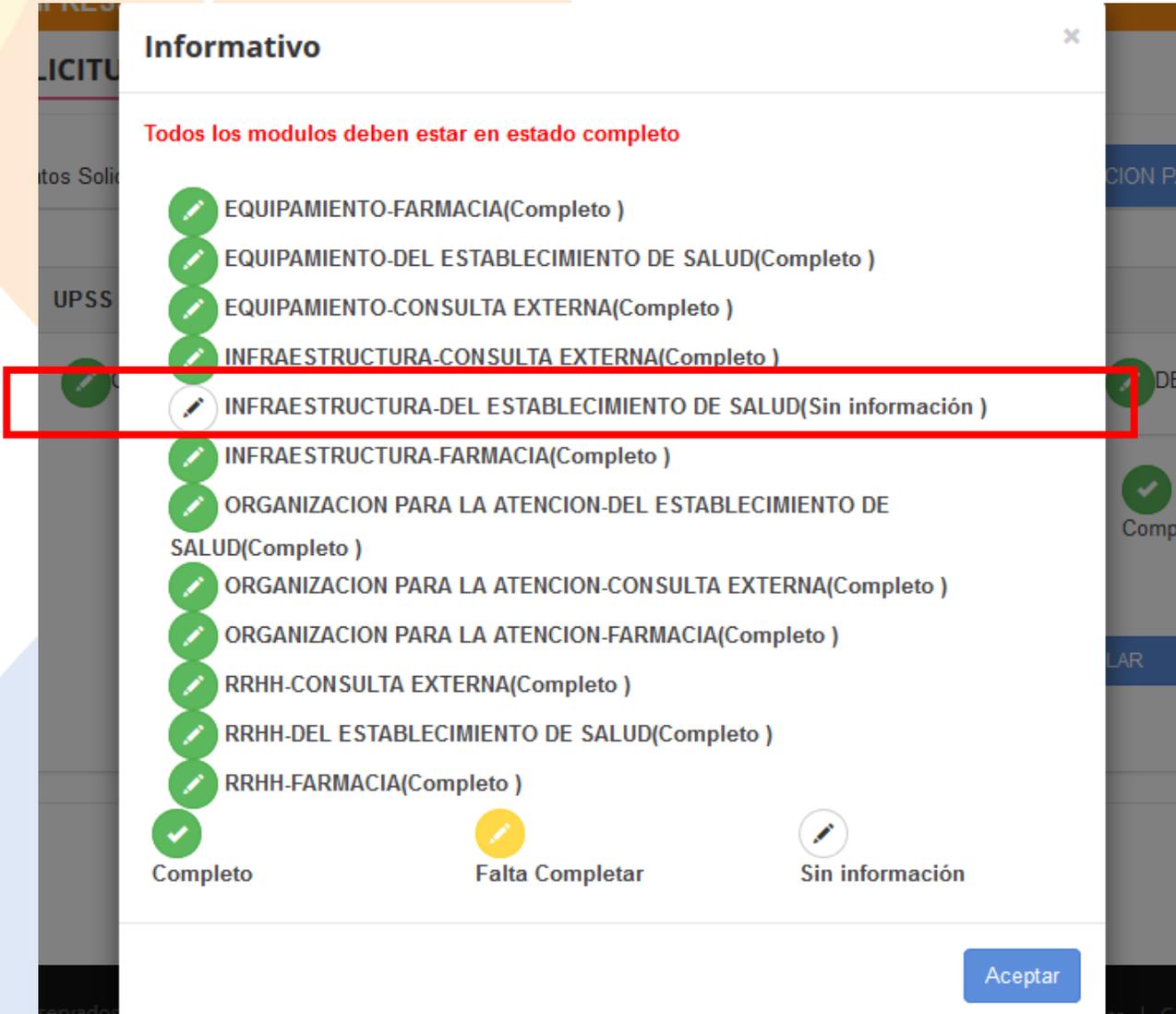
 ENVIAR

CANCELAR



- Llene y verifique la información de los formularios siguientes.
- Aparecerán las UPSS seleccionadas en Datos Generales, Para llenar la información haga clic en cada UPSS.
- El formulario de RRHH es solo lectura, se llena automáticamente de la información de personal ingresada en Datos Generales.
- **Haga clic en GUARDAR** en cada UPSS
- Esta información será verificada en el establecimiento !
- Al finalizar haga clic en **ENVIAR**

RENIPRESS – Solicitud de inscripción



Informativo ✕

Todos los módulos deben estar en estado completo

- ✓ EQUIPAMIENTO-FARMACIA(Completo)
- ✓ EQUIPAMIENTO-DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD(Completo)
- ✓ EQUIPAMIENTO-CONSULTA EXTERNA(Completo)
- ✓ INFRAESTRUCTURA-CONSULTA EXTERNA(Completo)
- ✎ INFRAESTRUCTURA-DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD(Sin información)
- ✓ INFRAESTRUCTURA-FARMACIA(Completo)
- ✓ ORGANIZACION PARA LA ATENCION-DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD(Completo)
- ✓ ORGANIZACION PARA LA ATENCION-CONSULTA EXTERNA(Completo)
- ✓ ORGANIZACION PARA LA ATENCION-FARMACIA(Completo)
- ✓ RRHH-CONSULTA EXTERNA(Completo)
- ✓ RRHH-DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD(Completo)
- ✓ RRHH-FARMACIA(Completo)

Completo Falta Completar Sin información

Aceptar

- Al hacer clic en **ENVIAR**, el sistema verifica que toda la información esté completa, de no ser el caso muestra una pantalla como en el ejemplo, en el que se indica que falta llenar información en el formulario **INFRAESTRUCTURA –DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**. Debe volver y llenar la información necesaria.

RENIPRESS – Solicitud de inscripción

Página: 1 de 5 90%

FICHA DE INSCRIPCIÓN WEB

Código de trámite:	TAC20160001
Fecha:	2016-01-04 14:59:21.0

Datos para las notificaciones

Apellidos y nombres:	BAUTISTA TANG , JULIO CESAR
Dirección:	JIRÓN AVR NÚMERO S/N DISTRITO TACNA PROVINCIA TACNA DEPARTAMENTO TACNA
Teléfono:	996189376
Correo electrónico:	jcbauta@gmail.com

Datos del Propietario

Registro Único del Contribuyente R.U.C.:	20193980644
Razón Social:	DIRECCION REGIONAL DE SALUD PASCO
Dirección Completa:	JIRÓN YANA NÚMERO S/N DISTRITO YANACANCHA PROVINCIA PASCO DEPARTAMENTO PASCO
Teléfono:	063-42284
Fax:	
Correo Electrónico de la Empresa:	DIRESAPASCO@DIRESAPASCO.GOB.PE
Dirección de la Página Web de la Empresa:	

- El sistema emite un documento, que deberá imprimir y presentar en la autoridad sanitaria correspondiente.
- Genera un código de trámite que le será de utilidad para consultar el estado de su expediente.
- Además recibirá un correo electrónico con la misma información.



SUSALUD

Superintendencia Nacional de Salud

registro@susalud.gob.pe

IID – Intendencia de Investigación y Desarrollo

Muchas gracias.