PERÚ | Ministerio de Salud | Secretaria General | Oficina General de Tecnologías de la Información

FORMATO SHV - 01
SOLICITUD DE ALTA O BAJA EN EL SISTEMA DE REGISTRO DE HECHOS VITALES

TIPO DE SOLICITUD: (Marcar con una "X" según corresponda)

- ☐ ALTA DE USUARIO
- ☐ BAJA DE USUARIO

MÓDULOS SOLICITADOS: (Marcar con una "X" según corresponda)

- ☐ CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
- ☐ CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN GENERAL
- ☐ CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FETAL

FECHA:

D D-M M-A A

1. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (Complete con letra Imprenta)

1.1 APELLIDO PATERNO:

1.2 APELLIDO MATERNO:

1.3 NOMBRES:

1.4 CORREO ELECTRÓNICO:

1.5 TELÉFONO: (Celular)

1.6 TIPO DE DOCUMENTO: (Indicar el número según corresponda) **1.**DNI **2.**Carnet de Extranjería

1.7 NÚMERO DE DOCUMENTO:

2. INFORMACIÓN LABORAL

2.1 TIPO DE PROFESIONAL: MÉDICO ☐ OBSTETRA ☐ OTRO PROFESIONAL DE SALUD ☐ ADMINISTRATIVO ☐

2.2 NÚMERO DE COLEGIATURA: (No aplica para personal administrativo) **ESPECIALIDAD:**

2.4 TIPO DE INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA: (Seleccione solo uno) PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ PARTICULAR ☐

2.5 INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA: (Indicar el número según corresponda)

1.ESSALUD **2.**GOBIERNO REGIONAL **3.**INPE **4.**MINSA **5.**MUNICIPALIDAD DISTRITAL **6.**MUNICIPALIDAD PROVINCIAL **7.**INSTITUCIÓN PRIVADA **8.**SANIDAD DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ **9.**SANIDAD DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERÚ **10.**SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ **11.**SANIDAD DEL EJERCITO DEL PERÚ **12.**PARTICULAR **13.**OTRO.

2.6 NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: **CÓDIGO RENIPRESS:**

3. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN JURADA

3.1 Considerando que la atención de mi solicitud involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles, **expreso mi consentimiento** para que el MINSA, en el marco de sus funciones, acceda a bases de datos personales, públicas y/o privadas, y haga uso de los mismos, incluyendo datos sensibles, que contengan información personal del suscrito/a. (*Artículo 14, Decreto supremo N° 03-2013-JUS*, que aprueba el Reglamento de *ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales*).

3.2 Autorizo que el resultado de la presente solicitud, o en su defecto las observaciones que formulen, sean notificadas a la dirección de correo electrónico o cia SMS al número de teléfono señalado en la sección "1.Datos del solicitante". *(Numeral 20.1 y 20.4 de la ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General)*

3.3 En caso se compruebe que la información proporcionada en la presente solicitud no corresponda parcial o totalmente a la realidad, o sean falsas, **me someto** a las responsabilidades administrativas, civiles y/o penales que correspondan de acuerdo al numeral 1.7 del Artículo IV y numeral 32.3 del Artículo 32 de la ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

3.4 Adjunto: Solicitud de **Alta** ☐ Copia de Documento de Identificación (DNI, DNI electrónico o Carnet de Extranjería) ☐ Copia de Colegiatura y Habilitación Profesional. Solicitud de **Baja** ☐ Copia del Documento de Identificación: DNI, DNI electrónico o Carnet de Extranjería.

Firma de el/la solicitante

4. ASIGNACIÓN DE ROLES Y VALIDACIÓN DE LA SOLICITUD

4.1 Rol a asignar al solicitante:
(A ser llenado por el estadístico de la institución. Seleccione solo una)

296 Registrador de Defunciones en Línea (Médico) **297** Registrador de Nacimiento y Defunciones en Línea (Médico) **298** Registrador de Nacimientos (Obstetra) **299** Supervisor de Nacimientos (Obstetra) **300** Supervisor de Nacimientos (Médico) **301** Estadístico Codificador (Médico) **302** Estadístico Codificador **303** Consultor (Médico) **304** Consultor **305** Estadístico Codificador (MINSA) **306** Consutor MINSA **307** Consultor MINSA (Médico) **308** Consultor EsSalud **309** Consultor EsSalud (Médico) (DIRESA) **310** Estadístico Codificador (DIRESA) **311** Estadístico Codificador DIRESA (Médico) **312** Consultor DIRESA (Médico) **313** Consultor DIRESA

4.2 Certifico que he revisado y validado personalmente la información proporcionada por el solicitante y aseguro que, a mi leal saber y entender, dicha información es precisa, completa y verídica.

Firma y Sello

(Deberá ser firmado por el jefe del EESS o Directivo de Institución Privada o Director Regional o Gerente Regional o Director General)

Apellidos y Nombres
Cargo
DNI

CÓDIGO DE BARRAS