**ANEXO N°1: Formulario de Inscripción al Programa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formulario de Inscripción Consultorio Médico Laboral-INS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Red de Servicios de Salud del Instituto Nacional de Seguros** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CÉDULA JURÍDICA | |  | | | | N° DE TRABAJADORES | | | | | | | | | |  | | |
| ENCARGADO GENERAL | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONO | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
| JORNADA LABORAL | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACTVIDAD LABORAL | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIRECCIÓN EMPRESA | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ESPECIFICACIONES DEL LOCAL DESTINADO PARA EL CONSULTORIO MÉDICO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ÁREA TOTAL (M2) | | |  | | | | | Nº DE APOSENTOS | | | | | |  | | | | |
| DIRECCION CONSULTORIO | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| SERVICIOS DEL CML | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MÉDICO (S) | | CÓDIGO | | | VIGENCIA | | | | | | | HORAS DE ATENCIÓN DEL CML | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | DÍA | | | INICIA | | FIN | |
|  | |  | | |  | | | | | | | Lunes | | |  | |  | |
| ENFERMERAS (OS) | |  | | |  | | | | | | | Martes | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | | | | | | | Miércoles | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | | | | | | | Jueves | | |  | |  | |
| SALUD OCUPACIONAL | |  | | |  | | | | | | | Viernes | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | | | | | | | Sábado | | |  | |  | |
| OTROS SERVICIOS | | | | |  | | | | | | | Domingo | | |  | |  | |
| OBSERVACIONES | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VIGENCIA PERMISO DE FUNCIONAMIENTO | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| POLIZA(S) DE LA EMPRESA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HECHO | NOMBRE Y FIRMA | | | | | | | | | | | | | | | PUESTO | | |
| RECIBIDO |  | | | | | | FECHA DE RECEPCION | | | | | | | | |  | | |
| **ESPACIO PARA USO DEL PERSONAL DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCIDENTES LABORALES OCURRIDOS EN EL ÚLTIMO AÑO | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| TRABAJADORES ULTIMA PLANILLA MES\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| VIGENCIA DE POLIZA (S) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA DE VISITA A LA EMPRESA | | | |  | | | | | | | OFICIO DE INFORME | | | | | | | |
| FUNCIONARIO (S) EVALUADORE(S) | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| PUNTOS OBTENIDOS | | | |  | | | | | | | CLASIFICACIÓN | | | | | A( ) B( ) C( ) | | |
| SE AUTORIZA INCLUSIÓN | | | | SI ( ) NO ( ) | | | | | | | FECHA DE APERTURA | | | | |  | | |
| AREA REGIONAL DE ADSCRIPCIÓN | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| AUTORIZADO POR (Nombre y Firma) | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |