



CONSEJO NACIONAL – COLEGIO TECNÓLOGO  
MÉDICO DEL PERÚ

CÓDIGO:

FO-RFA-08

LISTA DE VERIFICACIÓN - REQUISITOS FONDO DE AYUDA EN CASO DE  
EMERGENCIA SANITARIA NACIONAL REGIONAL

VERSIÓN:

03-B

Sistema de Gestión de Calidad

PÁGINA:

1 de 1

Nombres y Apellidos del interesado:		CTMP:			
N°	Requisitos	Colocar SI cumple o NO los requisitos			
		Prep.	Rev.	Aprob.	Observación
1	Solicitud dirigida al presidente regional correspondiente, solicitando el Beneficio de Prestación Social Económica por Emergencia Sanitaria Nacional Regional del Fondo de Ayuda del Titular Hábil <b>(FO-RFA-02). FORMATO PDF.</b>				
2	Declaración Jurada de Prestación Social Económica por Emergencia sanitaria Nacional o regional con firma simple del titular Hábil <b>(FO-RFA-07) FORMATO PDF.</b>				
3	Declaración Jurada de Prestación Social Económica por Emergencia sanitaria Nacional o regional por poderdante del titular Hábil <b>(FO-RFA-08) FORMATO PDF</b>				
4	Copia del DNI y/o ficha de RENIEC del titular. <b>FORMATO PDF.</b>				
5	Presentación de <b>informe</b> de alta o epicrisis o historia clínica en el que señale que el paciente haya estado a consecuencia del Covid19 en el Servicio de la Unidad De Cuidados Intensivos o Unidad De Cuidados Intermedios expedido por un establecimiento de salud como: ESSALUD, MINSA y/o Clínica privada. Si en dichos documentos no señala que se ha internado a consecuencia del Covid19 en la Unidad De Cuidados Intensivos o en la Unidad De Cuidados Intermedios; se deberá acreditar con otro documento expedido por el mismo establecimiento de salud que señale tal situación. <b>FORMATO PDF.</b>				
6	Constancia de Tesorería del Consejo Regional que acredite la habilidad del miembro de la orden. <b>FORMATO PDF.</b>				
7	<b>SOLO</b> en caso sea solicitado por un familiar autorizado, este debe ser con poder notarial. <b>FORMATO PDF.</b>				
8	Poder notarial a un familiar del miembro de la Orden. (en caso corresponda)				
9	El plazo máximo para solicitar el fondo de ayuda por emergencia sanitaria nacional o regional será hasta de tres (03) meses de haber salido de alta del establecimiento de salud.				
	<b>RESPONSABLE</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>		<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
Prep.	Comité Regional de Previsión y Asistencia Social o Secretario Consejo Regional				
Rev.	Recepcionista - Consejo Nacional				
Apr.	Comité Nacional de Previsión y Asistencia Social - Consejo Nacional				

**Abreviaturas: Prep: Preparado, Rev: Revisado y Apr: Aprobado.**

**Documento para uso exclusivo del CONSEJO NACIONAL DEL CTMP Se prohíbe su reproducción total o parcial sin la autorización del CONSEJO NACIONAL DEL CTMP**

**Se considera copia no controlada a toda copia impresa que no lleve el sello de COPIA CONTROLADA.**