**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) |  |