

## Consejería de Sanidad

### AGENCIA “PEDRO LAÍN ENTRALGO” PARA LA FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS SANITARIOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

**197** *RESOLUCIÓN de 23 de diciembre de 2009, del Director General de la Agencia “Pedro Laín Entralgo” (Orden 509/2009, de 22 de junio, del Consejero de Sanidad), por la que se habilita al Registro Telemático de la Consejería de Sanidad para la realización de trámites telemáticos durante la tramitación del expediente de los procedimientos denominados “Inscripción/Renovación en el Registro de Socorristas en piscinas, instalaciones acuáticas/medio natural” y “Acreditación de unidades docentes para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud previo informe de la Comisión de Docencia”.*

De acuerdo con lo señalado en el artículo 10.1 del Decreto 175/2002, de 14 de noviembre, por el que se regula la utilización de las técnicas electrónicas, informáticas y telemáticas por la Administración de la Comunidad de Madrid, que establece que tras la entrada en vigor de este Decreto podrán habilitarse los Registros Telemáticos para la recepción o salida de solicitudes, escritos y comunicaciones relativos a otros procedimientos y trámites mediante Resolución del órgano, organismo o entidad que tenga atribuida la competencia para resolver el procedimiento, previos informes de la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano y del Organismo Autónomo Informática y Comunicaciones de la Comunidad de Madrid.

Asimismo, y de acuerdo con el criterio 14.h) del Decreto 85/2002, de 23 de mayo, por el que se regulan los sistemas de evaluación de la calidad de los servicios públicos y se aprueban los Criterios de Calidad de la Actuación Administrativa de la Comunidad de Madrid,

#### RESUELVE

##### Primero

##### *Habilitación Registro Telemático*

Habilitar al Registro Telemático de la Consejería de Sanidad para la realización de trámites telemáticos durante la tramitación del

expediente de los procedimientos denominados “Inscripción/Renovación en el Registro de Socorristas en piscinas, instalaciones acuáticas/medio natural” y “Acreditación de unidades docentes para la formación de especialistas en ciencias de la salud previo informe de la comisión de docencia”.

La inclusión en el Anexo I del Decreto 175/2002, de 14 de noviembre, de los procedimientos “Inscripción/Renovación en el Registro de Socorristas en piscinas, instalaciones acuáticas/medios natural” y “Acreditación de unidades docentes para la formación de especialistas en ciencias de la salud previo informe de la comisión de docencia”, que deberá entenderse modificado en lo relativo a este procedimiento en el texto del último párrafo de la relación de procedimientos adscritos a la Consejería de Sanidad, siendo de aplicación el siguiente:

“Trámites susceptibles de realización ante el Registro Telemático:

Todos aquellos que en el momento de la presentación de la solicitud de inicio del procedimiento se encuentren en situación de operativos en la Comunidad de Madrid, de acuerdo con lo establecido en la página web [www.madrid.org](http://www.madrid.org)”.

##### Segundo

##### *Publicación impresos*

Que se publique en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID los modelos de solicitud que se adjunta como Anexo 1 y Anexo 2, a los efectos regulados en el artículo 35.1 de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos.

- Anexo 1. Solicitud de acreditación de unidades docentes para la formación de especialistas en ciencias de la salud previo informe de la comisión de docencia.
- Anexo 2. Solicitud de Inscripción/Renovación en el Registro de Socorristas en piscinas, instalaciones acuáticas/medio natural.

Dado en Madrid, a 23 de diciembre de 2009.—El Director General (Orden 509/2009, de 22 de junio, del Consejero de Sanidad), la Viceconsejera de Ordenación Sanitaria e Infraestructuras, Belén Prado Sanjurjo.



**Agencia Laín Entralgo**  
para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios



Etiqueta del Registro

## SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES DOCENTES PARA LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD PREVIO INFORME DE LA COMISIÓN DE DOCENCIA

### 1.- Datos del Responsable de la Comisión de Docencia o Subcomisión de Docencia, en su caso

DNI/ NIE		Pasaporte*		Nombre	
Apellido 1º					
Apellido 2º					
Correo electrónico					
Teléfono Fijo			Teléfono Móvil		
Cargo					

\*Cumplimentar el pasaporte solamente en ausencia de DNI/NIE

### 2.- Datos de la Unidad Docente solicitante

Unidad Docente (especialidad)					
Centro/Área					
Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
Piso		Puerta		CP	
Provincia			País		

### 3.- Tipo de solicitud

<input type="radio"/>	Acreditación		
<input type="radio"/>	Nueva unidad docente	Nº de plazas nuevas	
<input type="radio"/>	Ampliación de plazas	Nº de plazas a aumentar	
<input type="radio"/>	Nuevo dispositivo (hospital, entidad colaboradora, centro de salud ....)*	Nº de plazas a aumentar	
<input type="radio"/>	Asociación de unidades docentes ya acreditadas**		

<input type="radio"/>	Otras acreditaciones (especificar)	
-----------------------	------------------------------------	--

<input type="radio"/>	Desacreditación (especificar)	
-----------------------	-------------------------------	--

* Ampliación con dispositivo (indicar denominación) <sup>1</sup>	
--	--

<sup>1</sup> En el caso de incorporación de un centro de salud a una Unidad Docente de Pediatría y sus Áreas Específicas, indicar el Hospital al que se pretende vincular.

** Especificar denominación de las unidades docentes que se asocian, así como de los centros a los que pertenecen	
---	--

**4.- Medio de notificación:**

<input type="radio"/>	Deseo recibir notificación por vía telemática (solo para usuarios dados de alta en el Servicio de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)						
<input type="radio"/>	Deseo recibir notificación por correo certificado						
	Tipo de vía		Nombre vía			Nº	
	Piso	Puerta	CP	Localidad			
	Provincia			País			

**5.- Observaciones**

--

**6.- Documentación requerida**

<b>Documentación para especialidades hospitalarias</b>	Se aporta en la solicitud
Solicitud del gerente/responsable de la entidad titular (Anexo AC-I).	<input type="checkbox"/>
Propuesta de solicitud a la comisión de docencia y gerencia del centro, firmada por el responsable de la unidad (Anexo AC-II).	<input type="checkbox"/>
Memoria del responsable de la unidad que solicita la acreditación para la formación de especialistas (Anexo AC-IV).	<input type="checkbox"/>
Guía o itinerario formativo tipo de la unidad docente solicitante.	<input type="checkbox"/>

<b>Documentación para Medicina del Trabajo</b>	Se aporta en la solicitud
Memoria del responsable del dispositivo que solicita la acreditación para la formación de especialistas (Anexo AC-IV).	<input type="checkbox"/>
Guía o itinerario formativo tipo de la unidad docente solicitante o del dispositivo, en su caso.	<input type="checkbox"/>
Informe del secretario de la comisión de seguimiento (Anexo AC-XIV).	<input type="checkbox"/>
<b>Cuando el dispositivo que se pretende incorporar es un hospital:</b>	
Solicitud del gerente/responsable de la entidad titular (Anexo AC-I).	<input type="checkbox"/>
Informe del presidente de la comisión de docencia del hospital (Anexo AC-XVI).	<input type="checkbox"/>
Propuesta del responsable del servicio a la comisión de docencia y gerencia del centro (Anexo AC-II).	<input type="checkbox"/>
<b>Cuando el dispositivo que se pretende incorporar es un centro de salud de Atención Primaria</b>	
Solicitud del gerente de Atención Primaria (Anexo AC- XVII).	<input type="checkbox"/>
Informe de la comisión de docencia de Medicina Familiar y Comunitaria correspondiente (Anexo AC-XVIII).	<input type="checkbox"/>

<b>Documentación para Medicina Preventiva y Salud Pública</b>	Se aporta en la solicitud
Memoria del responsable del dispositivo que solicita la acreditación para la formación de especialistas (Anexo AC-IV).	<input type="checkbox"/>
Guía o itinerario formativo tipo de la unidad docente solicitante o del dispositivo, en su caso.	<input type="checkbox"/>
Informe del secretario de la comisión de seguimiento (Anexo AC-XIV).	<input type="checkbox"/>
<b>Cuando el dispositivo que se pretende incorporar es un hospital/ otra entidad relevante en Salud Pública</b>	
Solicitud del gerente/responsable de la entidad titular (Anexo AC-I).	<input type="checkbox"/>
Informe del presidente de la comisión de docencia del hospital (Anexo AC-XVI)	<input type="checkbox"/>
Propuesta del responsable del servicio a la comisión de docencia y gerencia del centro (Anexo AC-II).	<input type="checkbox"/>
<b>Cuando el dispositivo que se pretende incorporar es un centro de salud de Atención Primaria</b>	
Solicitud del gerente de Atención Primaria (Anexo AC- XVII).	<input type="checkbox"/>
Informe de la comisión de docencia de Medicina Familiar y Comunitaria correspondiente (Anexo AC-XVIII).	<input type="checkbox"/>

<b>Documentación para Medicina Familiar y Comunitaria</b>	Se aporta en la solicitud
Solicitud de acreditación de nueva unidad docente de MFyC o nuevas áreas o sectores dentro de una ya constituida (Anexo AC-V).	<input type="checkbox"/>
Solicitud de acreditación inicial/reacreditación de centros hospitalarios que se incorporen a una unidad docente de MFy C (Anexo AC-VI).	<input type="checkbox"/>
Solicitud de acreditación inicial/reacreditación de centros de salud que se incorporen a una unidad docente de MFyC (Anexo AC-VII).	<input type="checkbox"/>
Solicitud de acreditación de entidades colaboradoras adscritas a una unidad docente de MFyC (Anexo AC-VIII).	<input type="checkbox"/>
Informe del jefe de estudios de la unidad docente de MFyC para la solicitud de acreditación inicial/reacreditación de un dispositivo de dicha unidad (Anexo AC-IX).	<input type="checkbox"/>
Informe del gerente de Atención Primaria y coordinador del Centro de Salud para la solicitud de acreditación inicial/reacreditación de dicho centro (Anexo AC-X).	<input type="checkbox"/>
Informe del gerente del hospital (Anexo AC-XI).	<input type="checkbox"/>
Guía o itinerario formativo tipo de la unidad docente o del dispositivo, en su caso.	<input type="checkbox"/>

<b>Documentación para Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (para rotaciones en centros colaboradores)</b>	Se aporta en la solicitud
Solicitud del gerente del centro (Anexo AC-XII).	<input type="checkbox"/>
Convenio de colaboración docente entre el Centro Sanitario y el Ministerio de Sanidad y Política Social (Anexo AC-XIII).	<input type="checkbox"/>

<b>Documentación para asociación de unidades docentes acreditadas (ver guía)</b>	Se aporta en la solicitud
Informe favorable de la comisión de docencia que se asocia con el solicitante (Anexo AC-XV).	<input type="checkbox"/>
Compromiso de colaboración entre gerentes (contenido orientativo en Anexo AC-III).	<input type="checkbox"/>
Guía o itinerario formativo tipo de la unidad docente que envía rotantes o de ambas si la asociación es bilateral.	<input type="checkbox"/>

<b>Documentación para colaboración docente por incorporación de un dispositivo de apoyo (ver guía)</b>	Se aporta en la solicitud
Solicitud del gerente/responsable de la entidad titular cuya unidad docente se quiere ampliar (Anexo AC-I).	<input type="checkbox"/>
Propuesta del responsable de la unidad que se amplía a la comisión de docencia y gerencia del centro (Anexo AC-II).	<input type="checkbox"/>
Guía o itinerario formativo tipo de la unidad docente solicitante.	<input type="checkbox"/>
Compromiso de colaboración entre gerentes (contenido orientativo en Anexo AC-III).	<input type="checkbox"/>
Memoria del responsable del dispositivo, servicio o entidad colaboradora que se pretende incorporar (Anexo AC-IV).	<input type="checkbox"/>

<b>Documentación para incorporación de un centro de salud de atención primaria a una unidad docente de pediatría acreditada</b>	Se aporta en la solicitud
Solicitud del gerente/responsable de la entidad titular cuya unidad docente de Pediatría se quiere ampliar (Anexo AC-I).	<input type="checkbox"/>
Propuesta del responsable de la unidad que se amplía a la comisión de docencia y gerencia del centro (Anexo AC-II).	<input type="checkbox"/>
Solicitud del gerente de Atención Primaria (Anexo AC- XVII).	<input type="checkbox"/>
Informe de la comisión de docencia de Medicina Familiar y Comunitaria correspondiente (Anexo AC-XVIII).	<input type="checkbox"/>
Formulario de solicitud para la acreditación inicial/reacreditación de centros de salud vinculados a unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas en Pediatría y sus áreas específicas (Anexo AC-XIX).	<input type="checkbox"/>

<b>Documentación para Salud Mental</b>	Se aporta en la solicitud
Solicitud del gerente/responsable de la entidad titular (Anexo AC-I).	<input type="checkbox"/>
Propuesta del responsable de la unidad/servicio a la comisión de docencia y gerencia del centro/ o unidad docente (Anexo AC-II).	<input type="checkbox"/>
Memoria del responsable de la unidad/servicio/dispositivo que solicita la acreditación para la formación de especialistas (Anexo AC-IV).	<input type="checkbox"/>
Guía o itinerario formativo tipo de la unidad docente solicitante.	<input type="checkbox"/>

<b>Documentación para enfermería</b>	Se aporta en la solicitud
Solicitud del gerente/responsable de la entidad titular.	<input type="checkbox"/>
Memoria del responsable del dispositivo que solicita la acreditación para la formación de especialistas (Anexo AC-XX).	<input type="checkbox"/>
Guía o itinerario formativo tipo de la unidad docente solicitante.	<input type="checkbox"/>

El abajo firmante hace constar:

- Que ha comprobado la veracidad de los datos que se adjuntan para justificar el cumplimiento de lo exigido en los requisitos generales de acreditación de las unidades docentes para la formación de los especialistas solicitados.
- Que el clima y las condiciones asistenciales, organizativas, docentes e investigadoras permiten el desarrollo adecuado del programa formativo de la especialidad que se pretende acreditar , y se compromete a que la formación impartida, se adecue a las previsiones de dicho programa formativo y a las demás disposiciones legales que resulten de aplicación en materia de formación sanitaria especializada.
- Que acepta las medidas que se establezcan por la Comunidad Autónoma y por el Ministerio de Sanidad y Política Social en orden a la supervisión y control de calidad de la Unidad Docente.

En Madrid, a..... de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Formación Especializada", cuya finalidad es la administración de datos para la gestión de la Formación de Especialistas en Ciencias de la Salud de la Comunidad de Madrid : Organización y gestión de cursos. Gestión de Unidades Docentes de especialistas en Medicina de Trabajo y Medicina Preventiva y Salud Pública. Acreditaciones. Gestión de Rotaciones Externas. No podrán ser cedidos, salvo cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad. Agencia Laín Entralgo - Unidad de Formación Especializada.
---------------------	--



**Agencia Laín Entralgo**  
para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios

 Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN/ RENOVACIÓN EN EL REGISTRO DE SOCORRISTAS EN PISCINAS,  
INSTALACIONES ACUÁTICAS/ MEDIO NATURAL**

**1.- Tipo de solicitud**

<input type="radio"/>	Inscripción - Curso Acreditado	<input type="radio"/>	Inscripción -Homologación	<input type="radio"/>	Inscripción -TAFAD	<input type="radio"/>	Renovación de la Inscripción
-----------------------	--------------------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------------	--------------------	-----------------------	------------------------------

**2.- Datos del interesado**

DNI/ NIE/ Pasaporte								
Apellido 1º								
Apellido 2º								
Nombre:								
Teléfono Fijo:					Teléfono Móvil:			

**3.- Medio de notificación**

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (Sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid).						
	Correo electrónico						
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo postal a la dirección:						
	Tipo de vía		Nombre vía			Nº	
	Piso	Puerta	CP	Localidad			
	Provincia			País			

**4.- Documentación requerida**

Fotocopia DNI / NIE

Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(\*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

**4.1.- Inscripción en el Registro de Socorristas en piscinas, instalaciones acuáticas/ medio natural**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
<b>Inscripción- Curso Acreditado</b>	
Fotocopia de Pasaporte (Solo en caso de no disponer de DNI o NIE)	<input type="checkbox"/>
Fotocopia Titulo de Educación Secundaria Obligatoria o equivalente. En caso de ciudadano extranjero, titulación académica mínima obligatoria en su país	<input type="checkbox"/>
Fotocopia (anverso y reverso) Diploma del Curso <u>acreditado</u> de Socorristas en Piscinas, Instalaciones Acuáticas / Medio Natural.	<input type="checkbox"/>
<b>Inscripción- Homologación</b>	
Fotocopia de Pasaporte (Sóoo en caso de no disponer de DNI o NIE).	<input type="checkbox"/>
Fotocopia Titulo de Educación Secundaria Obligatoria o equivalente. En caso de ciudadano extranjero, titulación académica mínima obligatoria en su país.	<input type="checkbox"/>
Fotocopia (anverso y reverso) Certificados/ Diplomas de Socorrista Acuático y de Primeros Auxilios, con contenidos formativos, carga horaria y fechas de realización de los cursos	<input type="checkbox"/>
<b>Inscripción –TAFAD</b>	
Fotocopia de Pasaporte (Solo en caso de no disponer de DNI o NIE).	<input type="checkbox"/>
Certificación Académica en la que se especifique la fecha en la que ha concluido los estudios, o Título de Técnico en Animación de Actividades Físicas y Deportivas, siempre que los estudios hayan sido finalizados a partir del curso 2004/2005.	<input type="checkbox"/>

**4.2.- Renovación de la Inscripción en el Registro de Socorristas en piscinas, instalaciones acuáticas/ medio natural**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Fotocopia de Pasaporte (Sólo en caso de no disponer de DNI o NIE)	<input type="checkbox"/>
Fotocopia Certificado del curso de reciclaje.	<input type="checkbox"/>

En Madrid, a..... de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero Registro de profesionales sanitarios, de conformidad con la Orden 650/2004 de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, cuya finalidad es acreditar u homologar la formación de los profesionales dedicados al transporte sanitario y socorrismo acuático para su inscripción en el registro profesional. Los datos no serán cedidos, salvo cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad. Dirección General de la Agencia "Pedro Lain Entralgo" de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios.
---------------------	--