

Lampiran : Peraturan Walikota Manado  
Tentang : Penyelenggaraan Perizinan dan Non Perizinan Pada  
Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Manado  
Nomor :  
Tanggal :

STANDAR PELAYANAN SURAT IZIN PRAKTIK ORTOTIS PROSTETIS (SIPOP)

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;</li> <li>b. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;</li> <li>c. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1999 tentang Tenaga Kesehatan;</li> <li>d. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;</li> <li>e. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 22 Tahun 2013 tentang izin Kerja Ortotis Prostetis;</li> <li>f. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 24 tahun 2006 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Tapadu Satu Pintu di Daerah;</li> <li>g. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 20 tahun 2008 tentang Pedoman Organisasi dan tata Kerja Unit Pelayanan Perizinan Terpadu di Daerah;</li> <li>h. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negeri dan Reformasi Birokrasi Nomor 36 Tahun 2012 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan, Penetapan dan Penerapan Standar Pelayanan;</li> <li>i. Keputusan Walikota Manado Nomor 33/ KEP/D.21/PEMDAL-PTSP/2017 tentang Pembentukan Tim Teknis Perizinan Dan Non Perizinan Pada Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Manado;</li> <li>j. Keputusan Walikota Manado Nomor 151/KEP/D.21/PEMDAL-FTSP/2017 tentang Pembentukan Tim Teknis Perizinan Dan Non Perizinan Pada Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Manado.</li> </ul>
2.	Persyaratan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Formulir permohonan</li> <li>b. Fotocopy ijazah yang di legalisir;</li> <li>c. Fotocopy STROP;</li> <li>d. Surat keterangan sehat dari dokter yang mempunyai SIP;</li> <li>e. Surat pernyataan mempunyai tempat kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan/tempat kerja atau tempat Pelayanan Ortotik Prostetik secara mandiri;</li> <li>f. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4x6cm sebanyak 1 (Satu) lembar berlatar belakang merah;</li> <li>g. Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat yang ditunjuk; dan</li> <li>h. Rekomendasi dari Organisasi Profesi;</li> <li>i. SIPOP atau SIKOP lama untuk permohonan SIPOP atau SIKOP yang kedua</li> </ul>
3.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	<p style="text-align: center;"><u>PROSEDUR PELAYANAN IZIN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemohon Membuat Akun di SIP2T</li> <li>- Pemohom mendaftarkan Secara Online</li> <li>- Upload berkas/membawa berkas secara manual</li> <li>- Verifikasi Kelengkapan berkas jika lengkap lanjut proses, jika tidak maka akan dikembalikan</li> <li>- Pemohon menunggu pemberitahuan Persetujuan Izin</li> <li>- Pengambilan Izin dapat di download melalui email/diambil langsung di kantor</li> </ul>
4.	Jangka waktu penyelesaian	1 Hari Kerja
5.	Biaya/tarif	Tidak Ada

6.	Produk pelayanan	SK Kepala DPMPTSP Kota Manado Surat Izin Praktik Ortotis Prostetis (SIPOP)
7.	Sarana, prasarana, dan/atau fasilitas	Ruang Tunggu, Toilet, Almari Dokumen, Rak Arsip, Meja kerja, Kursi kerja, AC, Komputer, Laptop, Printer, Telepon, Intemet, ATK, Cetak
8.	Kompetensi Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memahami Teknis Izin</li> <li>- Mampu mengoperasikan Komputer</li> <li>- Mampu bekerja dalam Tim</li> <li>- Telah mengikuti Training Service Excellent</li> </ul>
9.	Pengawasan intemal	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pengawasan oleh Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.</li> <li>b. Pengawasan langsung oleh Kepala Bidang</li> <li>c. Apabila ditemukan pelanggaran akan diberikan teguran dan sanksi secara kontinyu dan konsisten</li> </ol>
10.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Sarana Pelayanan Pengaduan, Saran dan Masukan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengaduan langsung</li> <li>- Melalui Kotak Saran</li> <li>- Melalui Website, Email dan Facebook PTSP</li> </ul> </li> </ul>
11.	Jumlah pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verifikator Persyaratan Berkas 1 orang</li> <li>- Verifikator Dokumen Izin 1 Orang</li> <li>- Registrasi 2 orang</li> <li>- Back office 3 orang</li> </ul>
12.	Jaminan pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan kepastian Informasi dan ketepatan waktu dalam pemberian Izin.</li> </ul>
13.	Jaminan keamanan produk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surat Keputusan Izin yang ditandatangani oleh Kepala DPMPTSP Sah dan Asli serta memakai kode khusus.</li> </ul>
14.	Evaluasi kinerja Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelaksanaan Evaluasi terhadap hasil kinerja para pelaksana akan dilakukan 6 (enam) bulan sekali, untuk kemudian dilakukan perbaikan kinerja menuju hasil yang lebih baik dimasa mendatang.</li> </ul>
15.	Masa Berlaku Izin	Sesuai dengan STR
16.	Jam Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Senin – Kamis : 08.00 – 16.00 WIB</li> <li>• Jumat : 08.00 – 11.00 WIB</li> </ul>