

# REQUISITOS OBTENCIÓN LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

## TRASLADOS SANITARIOS TERRESTRES (AMBULANCIAS)

Esta prestación deberá necesariamente formar parte de un Sistema de Atención Médica Extra o Intra Hospitalaria de Gestión Pública o Privada

D I C I E M B R E 2 0 2 3

PRESENTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN POR DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN PREVIO AL INICIO DEL EXPEDIENTE POR MESA DE ENTRADAS  
PARA EL INICIO DEL EXPEDIENTE NO SE ADMITIRÁ DOCUMENTACIÓN PROVISORIA Y/O PRECARIA, DEBERA ESTAR VALIDADA CON LA FIRMA DE LOS RESPONSABLES DE LA INSTITUCION.

### **\*\*LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO NUEVA:**

- 1- NOTA POR DUPLICADO dirigida a Ministra/o de Salud, solicitando Licencia de Funcionamiento del Sistema de Traslado Sanitario Terrestre sito en calle:..... Departamento...Provincia, bajo Dirección Técnica de:..... M.P. N°:.....; firmada por Propietario del establecimiento de salud (\*) y Director Técnico. Incluir un n° de teléfono fijo y si tuviera e-mail. Colocar el nombre de fantasía del establecimiento si lo tuviere.
- 2- Adjuntar a los presentes requisitos la CLASIFICACION DE ESTABLECIMIENTO que se encuentra al dorso firmada por Director Técnico.
- 3- LISTADO DEL PERSONAL PROFESIONAL Y TECNICO con apellido y nombre, profesión/función, matrícula, n° de cuit y firma de c/u dando su consentimiento. Adjuntar copia de DNI o matrícula de c/u de ellos. El listado debe estar firmado, además, por el Propietario del establecimiento de salud.
- 4- Documentación **infraestructura**: cumplir con lo **requerido en Resolución N° 048-DPDU-2020**.
- 5- ACREDITAR DERECHO A USO DEL INMUEBLE (copia de: escritura, comodato ante escribano, contrato de alquiler **aforado** en Rentas, etc.)
- 6- BOLETA DE DEPOSITO, que será retirada de la Dirección de Regulación y Control de Gestión y abonada en Banco San Juan (o por transferencia bancaria al CBU del Ministerio de Salud).
- 7- Copia de inscripción en AFIP de los profesionales. (\*) Si existiera una Sociedad propietaria deberá agregarse, además de su inscripción en AFIP, copia de Contrato Societario y su inscripción en el Registro Público de Comercio.
- 8- Para las MOVILIDADES:
  - Nota definiendo a que Sistema de Prestación Pertenece: (Sistema de Emergencias Médicas, Sistema de Traslados Terrestres Programados, Sistema de Consultas Medicas Domiciliarias)
  - Nota conteniendo información de Movilidad: Dominio, Nominación numérica de c/u de ellas, Nombre de Fantasía, Categorización de Movilidad (Móvil de Alta Complejidad, Móvil de Alta Complejidad Neonatal y Pediátrica, Móvil de Baja Complejidad).
  - Copia de Certificación de Revisión Técnica Vehicular Obligatoria de c/u de las movilidades vigente con renovación semestral.
  - Copia del Carnet Profesional de Conductor de c/u de los choferes.
  - La Movilidad no debe exceder más de diez (10) años.
  - Cilindrada mínima del Móvil (1400cm3) indistinto gasoil o nafta.
- 9- Copia de Certificado de Protección Contra Incendios que extiende el Dpto. Bomberos de la Policía de San Juan.
- 10- Copia de la Inscripción en el Área Residuos Peligrosos de la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable (o Certificado Ambiental vigente)

**\*\*RENOVACION DE LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO:** Presentar nota haciendo referencia al expediente de habilitación y cumplir los puntos enunciados.

**\*\*CAMBIO DE DOMICILIO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA DECLARADO (BASE) y/o CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL:** Debe gestionarse nueva Licencia de Funcionamiento en un expediente nuevo, cumpliendo los puntos enunciados. Comunicar por nota con referencia al expediente anterior la baja de la Licencia de Funcionamiento por cambio de domicilio o razón social.

**\*\*CAMBIO DE DIRECCIÓN TÉCNICA:** Presentar nota haciendo referencia al expediente de habilitación, firmada por Propietario del establecimiento de salud y Directores Técnicos entrante y saliente (mencionando la fecha de baja del director técnico saliente y si éste sigue formando parte del staff o no), copia de DNI o matrícula del nuevo profesional, boleta de depósito correspondiente, y actualización de documentación que se encuentre vencida en el expediente.

#Cumplir PNGCAM (R° 906-E/2017 MSN), DR° 130-1979-Q y Ley 522-L# #Queda facultada Dir. de Reg. y Control de Gestión -MS-, por Arts. 18° y 21° del D° 130-1979-Q, a solicitar otra documentación que considere pertinente#

Dirección de Regulación y Control de Gestión – MS: [0264-4305819/planificacion.msp@sanjuan.com.ar/](mailto:0264-4305819/planificacion.msp@sanjuan.com.ar) consulta movimiento de expedientes: [www.sanjuan.gov.ar](http://www.sanjuan.gov.ar)



DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN

DECLARACION JURADA PRESTACIONES

MARQUE CON UNA X LAS PRESTACIONES QUE EL ESTABLECIMIENTO BRINDA:

- ☐ Adolescencia
- ☐ Alergia e Inmunología
- ☐ Anatomía Patológica
- ☐ Anatomía Patológica Pediátrica
- ☐ Anestesiología
- ☐ Angiología general y hemodinamia
- ☐ Cardiología
- ☐ Cardiología infantil
- ☐ Cirugía ambulatoria
- ☐ Cirugía cardiovascular
- ☐ Cirugía cardiovascular pediátrica
- ☐ Cirugía de cabeza y cuello
- ☐ Cirugía de tórax
- ☐ Cirugía general
- ☐ Cirugía infantil (cirugía pediátrica)
- ☐ Cirugía plástica y reparadora
- ☐ Cirugía vascular periférica
- ☐ Cirugía y Traumatología Buco-maxilo-facial
- ☐ Clínica Médica
- ☐ Coloproctología
- ☐ Dermatología
- ☐ Dermatología pediátrica
- ☐ Diagnóstico por imágenes
- ☐ Diálisis

- ☐ Emergentología
- ☐ Endocrinología
- ☐ Endocrinología infantil
- ☐ Enfermería
- ☐ Farmacia del establecimiento
- ☐ Farmacología clínica
- ☐ Fertilización Asistida
- ☐ Fisiatría (medicina física y rehabilit.)
- ☐ Fonoaudiología
- ☐ Gastroenterología
- ☐ Gastroenterología infantil
- ☐ Genética médica
- ☐ Geriatria
- ☐ Ginecología
- ☐ Hematología
- ☐ Hematología infantil
- ☐ Hemoterapia e inmunohematología
- ☐ Infectología
- ☐ Infectología infantil
- ☐ Inmunizaciones
- ☐ Inmunología Pediátrica
- ☐ Interdisciplinaria en cuidados paliativos
- ☐ Interdisciplinaria en educación para la salud
- ☐ Interdisciplinaria en gerontología

- ☐ Internación domiciliaria
- ☐ Kinesiología en Pediat. y Neonat.
- ☐ Kinesiología
- ☐ Laboratorio de Análisis Clínicos
- ☐ Musicoterapia
- ☐ Mastología
- ☐ Medicina del deporte
- ☐ Medicina del trabajo
- ☐ Medicina gral. y/o medicina de flia.
- ☐ Medicina legal
- ☐ Medicina nuclear
- ☐ Nefrología
- ☐ Nefrología infantil
- ☐ Neonatología
- ☐ Neumonología
- ☐ Neumonología infantil
- ☐ Neurocirugía
- ☐ Neurología
- ☐ Neurología infantil
- ☐ Nutricionista-Dietista
- ☐ Nutrición Infantil
- ☐ Obstetricia
- ☐ Odontología
- ☐ Odontopediatría

- ☐ Oftalmología
- ☐ Oncología
- ☐ Oncología infantil
- ☐ Ortopedia y traumatología
- ☐ Ortopedia y traumat. infantil
- ☐ Otorrinolaringología
- ☐ Otorrinolaringología pediátrica
- ☐ Pediatría
- ☐ Psicología
- ☐ Psicología clínica infanto-juvenil
- ☐ Psicopedagogía
- ☐ Psiquiatría
- ☐ Psiquiatría infanto juvenil
- ☐ Radioterapia o terapia radiante
- ☐ Reumatología
- ☐ Reumatología infantil
- ☐ Terapia intensiva
- ☐ Terapia intensiva infantil
- ☐ Terapia ocupacional
- ☐ Tocoginecología
- ☐ Toxicología
- ☐ Traslados Sanitarios
- ☐ Urología

☐ Otras prestaciones – informe cuales son:

FIRMA DIRECTOR TECNICO