

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 TRÁMITE NO SE ADMITIRÁ DOCUMENTACIÓN PROVISORIA Y/O PRECARIA

****LICENCIA NUEVA:**

- 1-NOTA POR DUPLICADO dirigida a Ministra/o de Salud, solicitando Licencia de Funcionamiento para:.....(*) con domicilio en calle:....., 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 tuviese.
(*) Se debe definir el tipo de establecimiento que se desea habilitar y su modalidad de atención según la normativa vigente.
- 2-Adjuntar a los presentes requisitos la CLASIFICACION DE ESTABLECIMIENTO que se encuentra al dorso firmada por el Director Técnico.
- 3-LISTADO DEL PERSONAL PROFESIONAL Y TÉCNICO (acorde con el “recurso básico de personal” requerido en Resolución 1876-E-2016) 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. Para **profesionales colegiados** (Kinesiólogos, Psicólogos, Fonoaudiólogos y Trabajadores Sociales) presentar copia de matrícula actualizada. Si hay ESPECIALISTAS éstos deberán estar matriculados como tales. El listado debe estar firmado 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, deberá ser retirada de la Dir. 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 o (#) Si existiera una Sociedad propietaria deberá agregarse, además de su inscripción en AFIP, copia del Contrato Social y su inscripción en el Registro Público de Comercio, en caso de ser una Mutual, Asociación o Programa, además de su inscripción en AFIP, se agregará copia del Estatuto y su Personería Jurídica.
- 8-En caso de ser establecimiento con internación el Director Técnico deberá indicar el n° de camas con las que se cuenta.
- 9-Para los SERVICIOS (lavandería, cocina, traslado de pacientes - área protegida, etc.) TERCERIZADOS se deberá presentar copia del contrato **aforado** en Rentas.
- 10-Copia de CERTIFICADO DE PROTECCION CONTRA INCENDIOS que extiende el Dpto. Bomberos de la Policía de San Juan.
- 11-Copia de la Inscripción en Área de Residuos Peligrosos de la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable (o Certificado Ambiental vigente).

****RENOVACIÓN:** presentar nota haciendo referencia al expediente de habilitación anterior y cumplir los puntos enunciados.

****CAMBIO DE DOMICILIO Y/O CAMBIO DE RAZÓN SOCIAL:** debe gestionarse una nueva Licencia de Funcionamiento en un expediente nuevo, cumpliendo los puntos enunciados. Además 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.

Los establecimientos deberán cumplir el PNGCAM, Resolución N° 1178-MS-2022, Resolución 1876-E/2016, Resolución 5/2019, Decreto Reglamentario N° 130-1979-Q
Queda facultada la Dir. de Regulación y Control de Gestión -MS-, en función de los términos de los Arts. 18° y 21° del DR° 130-1979-Q, a solicitar otra documentación que considere pertinente



San Juan
Gobierno

Ministerio de
Salud

DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN

DECLARACION JURADA PRESTACIONES

MARQUE CON UNA X LAS PRESTACIONES QUE EL ESTABLECIMIENTO BRINDA:

<input type="checkbox"/> Adolescencia	<input type="checkbox"/> Emergentología	<input type="checkbox"/> Internación domiciliaria	<input type="checkbox"/> Oftalmología
<input type="checkbox"/> Alergia e Inmunología	<input type="checkbox"/> Endocrinología	<input type="checkbox"/> Kinesiología en Pediat. y Neonat.	<input type="checkbox"/> Oncología
<input type="checkbox"/> Anatomía Patológica	<input type="checkbox"/> Endocrinología infantil	<input type="checkbox"/> Kinesiología	<input type="checkbox"/> Oncología infantil
<input type="checkbox"/> Anatomía Patológica Pediátrica	<input type="checkbox"/> Enfermería	<input type="checkbox"/> Laboratorio de Análisis Clínicos	<input type="checkbox"/> Ortopedia y traumatología
<input type="checkbox"/> Anestesiología	<input type="checkbox"/> Farmacia del establecimiento	<input type="checkbox"/> Musicoterapia	<input type="checkbox"/> Ortopedia y traumat. infantil
<input type="checkbox"/> Angiología general y hemodinamia	<input type="checkbox"/> Farmacología clínica	<input type="checkbox"/> Mastología	<input type="checkbox"/> Otorrinolaringología
<input type="checkbox"/> Cardiología	<input type="checkbox"/> Fertilización Asistida	<input type="checkbox"/> Medicina del deporte	<input type="checkbox"/> Otorrinolaringología pediátrica
<input type="checkbox"/> Cardiología infantil	<input type="checkbox"/> Fisiatría (medicina física y rehabilit.)	<input type="checkbox"/> Medicina del trabajo	<input type="checkbox"/> Pediatría
<input type="checkbox"/> Cirugía ambulatoria	<input type="checkbox"/> Fonoaudiología	<input type="checkbox"/> Medicina gral. y/o medicina de flia.	<input type="checkbox"/> Psicología
<input type="checkbox"/> Cirugía cardiovascular	<input type="checkbox"/> Gastroenterología	<input type="checkbox"/> Medicina legal	<input type="checkbox"/> Psicología clínica infanto-juvenil
<input type="checkbox"/> Cirugía cardiovascular pediátrica	<input type="checkbox"/> Gastroenterología infantil	<input type="checkbox"/> Medicina nuclear	<input type="checkbox"/> Psicopedagogía
<input type="checkbox"/> Cirugía de cabeza y cuello	<input type="checkbox"/> Genética médica	<input type="checkbox"/> Nefrología	<input type="checkbox"/> Psiquiatría
<input type="checkbox"/> Cirugía de tórax	<input type="checkbox"/> Geriatria	<input type="checkbox"/> Nefrología infantil	<input type="checkbox"/> Psiquiatría infanto juvenil
<input type="checkbox"/> Cirugía general	<input type="checkbox"/> Ginecología	<input type="checkbox"/> Neonatología	<input type="checkbox"/> Radioterapia o terapia radiante
<input type="checkbox"/> Cirugía infantil (cirugía pediátrica)	<input type="checkbox"/> Hematología	<input type="checkbox"/> Neumonología	<input type="checkbox"/> Reumatología
<input type="checkbox"/> Cirugía plástica y reparadora	<input type="checkbox"/> Hematología infantil	<input type="checkbox"/> Neumonología infantil	<input type="checkbox"/> Reumatología infantil
<input type="checkbox"/> Cirugía vascular periférica	<input type="checkbox"/> Hemoterapia e inmunohematología	<input type="checkbox"/> Neurocirugía	<input type="checkbox"/> Terapia intensiva
<input type="checkbox"/> Cirugía y Traumatología Buco-maxilo-facial	<input type="checkbox"/> Infectología	<input type="checkbox"/> Neurología	<input type="checkbox"/> Terapia intensiva infantil
<input type="checkbox"/> Clínica Médica	<input type="checkbox"/> Infectología infantil	<input type="checkbox"/> Neurología infantil	<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional
<input type="checkbox"/> Coloproctología	<input type="checkbox"/> Inmunizaciones	<input type="checkbox"/> Nutricionista-Dietista	<input type="checkbox"/> Tocoginecología
<input type="checkbox"/> Dermatología	<input type="checkbox"/> Inmunología Pediátrica	<input type="checkbox"/> Nutrición Infantil	<input type="checkbox"/> Toxicología
<input type="checkbox"/> Dermatología pediátrica	<input type="checkbox"/> Interdisciplinaria en cuidados paliativos	<input type="checkbox"/> Obstetricia	<input type="checkbox"/> Traslados Sanitarios
<input type="checkbox"/> Diagnóstico por imágenes	<input type="checkbox"/> Interdisciplinaria en educación para la salud	<input type="checkbox"/> Odontología	<input type="checkbox"/> Urología
<input type="checkbox"/> Diálisis	<input type="checkbox"/> Interdisciplinaria en gerontología	<input type="checkbox"/> Odontopediatría	

☐ Otras prestaciones – informe cuales son:

MODALIDAD DE ATENCION SEGÚN NORMATIVA:

FIRMA DIRECTOR TECNICO