

**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:..... sito 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 nombre de fantasía del establecimiento si lo tuviera.
- 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 TECNICO con nombre y apellido, 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. Si hay ESPECIALISTAS éstos deberán estar matriculados como tales. 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 EL 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 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 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-El Director Técnico deberá llenar y firmar la DECLARACION JURADA DE CAMAS que se adjunta a los presentes.
- 9-Para los SERVICIOS (lavandería, cocina, traslado de pacientes – área protegida, etc.) TERCERIZADOS se deberá presentar copia del contrato **aforado** en Rentas.
- 10-En el establecimiento se deberá llevar un LIBRO para el REGISTRO DE PACIENTES INTERNADOS (el cual será rubricado en la Dirección de Regulación del MS, una vez obtenida la Resolución) donde consten datos personales del paciente, fecha de ingreso y egreso, número de historia clínica y datos del profesional responsable.
- 11-Copia del CERTIFICADO DE PROTECCION CONTRA INCENDIOS que extiende el Dpto. Bomberos de la Policía de San Juan.
- 12-Copia de la Inscripción en Área Residuos Peligrosos de la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable (o Certificado Ambiental vigente).

**\*\*RENOVACION:** presentar nota haciendo referencia al expediente de habilitación 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 deben cumplir el PNGCAM, el D R° 130-1979-Q, la Ley N° 26.862, Decreto N° 956/13, Resolución N° 1-E/17, Resolución N° 1305/15 y Ley 522-L#

#Queda facultada la Dir. de Regulación y Control de Gestión -M.S.-, en función de los términos de los Arts. 18° y 21° del D° 130-S.P.S./79, a solicitar otra documentación que considere pertinente#



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"/> Interdisciplinaria en gerontología	<input type="checkbox"/> Odontopediatría
<input type="checkbox"/> Alergia e Inmunología	<input type="checkbox"/> Endocrinología	<input type="checkbox"/> Internación domiciliaria	<input type="checkbox"/> Oftalmología
<input type="checkbox"/> Anatomía Patológica	<input type="checkbox"/> Endocrinología infantil	<input type="checkbox"/> Kinesiología en Pediat. y Neonat.	<input type="checkbox"/> Oncología
<input type="checkbox"/> Anatomía Patológica Pediátrica	<input type="checkbox"/> Enfermería	<input type="checkbox"/> Kinesiología	<input type="checkbox"/> Oncología infantil
<input type="checkbox"/> Anestesiología	<input type="checkbox"/> Farmacia del establecimiento	<input type="checkbox"/> Laboratorio de Análisis Clínicos	<input type="checkbox"/> Ortopedia y traumatología
<input type="checkbox"/> Angiología general y hemodinamia	<input type="checkbox"/> Farmacología clínica	<input type="checkbox"/> Musicoterapia	<input type="checkbox"/> Ortopedia y traumat. infantil
<input type="checkbox"/> Cardiología	<input type="checkbox"/> Fertilización Asistida	<input type="checkbox"/> Mastología	<input type="checkbox"/> Otorrinolaringología
<input type="checkbox"/> Cardiología infantil	Con Banco de Gametos SI ____ NO ____	<input type="checkbox"/> Medicina del deporte	<input type="checkbox"/> Otorrinolaringología pediátrica
<input type="checkbox"/> Cirugía ambulatoria	<input type="checkbox"/> Fisiatría (medicina física y rehabilit.)	<input type="checkbox"/> Medicina del trabajo	<input type="checkbox"/> Pediatría
<input type="checkbox"/> Cirugía cardiovascular	<input type="checkbox"/> Fonoaudiología	<input type="checkbox"/> Medicina gral. y/o medicina de flia.	<input type="checkbox"/> Psicología
<input type="checkbox"/> Cirugía cardiovascular pediátrica	<input type="checkbox"/> Gastroenterología	<input type="checkbox"/> Medicina legal	<input type="checkbox"/> Psicología clínica infanto-juvenil
<input type="checkbox"/> Cirugía de cabeza y cuello	<input type="checkbox"/> Gastroenterología infantil	<input type="checkbox"/> Medicina nuclear	<input type="checkbox"/> Psicopedagogía
<input type="checkbox"/> Cirugía de tórax	<input type="checkbox"/> Genética médica	<input type="checkbox"/> Nefrología	<input type="checkbox"/> Psiquiatría
<input type="checkbox"/> Cirugía general	<input type="checkbox"/> Geriatria	<input type="checkbox"/> Nefrología infantil	<input type="checkbox"/> Psiquiatría infanto juvenil
<input type="checkbox"/> Cirugía infantil (cirugía pediátrica)	<input type="checkbox"/> Ginecología	<input type="checkbox"/> Neonatología	<input type="checkbox"/> Radioterapia o terapia radiante
<input type="checkbox"/> Cirugía plástica y reparadora	<input type="checkbox"/> Hematología	<input type="checkbox"/> Neumonología	<input type="checkbox"/> Reumatología
<input type="checkbox"/> Cirugía vascular periférica	<input type="checkbox"/> Hematología infantil	<input type="checkbox"/> Neumonología infantil	<input type="checkbox"/> Reumatología infantil
<input type="checkbox"/> Cirugía y Traumatología Buco-maxilo-facial	<input type="checkbox"/> Hemoterapia e inmunohematología	<input type="checkbox"/> Neurocirugía	<input type="checkbox"/> Terapia intensiva
<input type="checkbox"/> Clínica Médica	<input type="checkbox"/> Infectología	<input type="checkbox"/> Neurología	<input type="checkbox"/> Terapia intensiva infantil
<input type="checkbox"/> Coloproctología	<input type="checkbox"/> Infectología infantil	<input type="checkbox"/> Neurología infantil	<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional
<input type="checkbox"/> Dermatología	<input type="checkbox"/> Inmunizaciones	<input type="checkbox"/> Nutricionista-Dietista	<input type="checkbox"/> Tocoginecología
<input type="checkbox"/> Dermatología pediátrica	<input type="checkbox"/> Inmunología Pediátrica	<input type="checkbox"/> Nutrición Infantil	<input type="checkbox"/> Toxicología
<input type="checkbox"/> Diagnóstico por imágenes	<input type="checkbox"/> Interdisciplinaria en cuidados paliativos	<input type="checkbox"/> Obstetricia	<input type="checkbox"/> Traslados Sanitarios
<input type="checkbox"/> Diálisis	<input type="checkbox"/> Interdisciplinaria en educación para la salud	<input type="checkbox"/> Odontología	<input type="checkbox"/> Urología

☐ Otras prestaciones – informe cuales son:

**Cantidad de camas que se pretende habilitar:**

FIRMA DIRECTOR TECNICO