

**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**

**J U L I O   2 0 2 4**

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) v/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

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"/> Geriatría	<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:

FIRMA DIRECTOR TECNICO