

PRESENTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN POR DIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y CONTROL DE GESTIÓN PREVIO AL INICIO DEL EXPEDIENTE POR MESA DE ENTRADAS PARA EL INICIO EL EXPEDIENTE POR ESTE ORGANISMO DE SALUD, 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 el nombre de fantasía del establecimiento si lo tuviere.

(*) Se debe definir el tipo de establecimiento que se desea habilitar y su modalidad de funcionamiento según normativa vigente, Resolución 1876-E/2016.

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 (acorde con lo requerido por Resolución 1876-E/2016), 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. Para profesionales colegiados (Kinesiólogos, Psicólogos, Fonoaudiólogos y Trabajadores Sociales) presentar copia de matrícula actualizada. Si hay ESPECIALISTAS éstos deben 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. (#) 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 de Estatuto y su Personería Jurídica.

8-En caso de ser establecimiento con internación, el Director Técnico deberá indicar el n° de camas con que cuenta el establecimiento.

9-Para los SERVICIOS (lavandería, cocina, traslado de pacientes - área protegida, etc.) TERCERIZADOS se deberá presentar copia de 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 Residuos Peligrosos de la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable (o Certificado Ambiental vigente)

****RENOVACION:** 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 a 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 de establecimiento de salud, Directores Técnicos entrante y saliente, copia de DNI o matrícula del nuevo profesional (mencionando la fecha de baja del director técnico saliente y si éste sigue formando parte del staff o no), boleta de depósito correspondiente y actualización de documentación que se encuentre vencida en el expediente.

#Los establecimientos deberán cumplir el P.N.G.C.A.M., el DR° 130-1979-Q y la Resolución N° 1876-E/2016#

#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"/> 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:

FIRMA DIRECTOR TECNICO