Solicitud de Habilitación / Rehabilitación de Unidades Móviles para Emergencias y/o Urgencias, Traslados Programados y Consultas Médicas Domiciliarias

Fecha: *15/11/2021*
Versión: *06*
F1

Este documento tiene carácter de declaración jurada. *Fecha: / /

*Solicitamos el siguiente tramite: (marcar una ☑ según corresponda)

- ❑ Habilitación
- ❑ Rehabilitación
- ❑ Cambio de Razón Social
- ❑ Otros ……

Espacio destinado para sello de Mesa de entrada (a completar solo por el Colegio Médico):

Solicitamos que los datos sean completados con letra clara y mayúscula de imprenta.
Los ítems marcados con * son OBLIGATORIOS.

➔ 1. DATOS DE LA EMPRESA

*Razón Social: *C.U.I.T.:
*Dirección: Piso/Dpto.: /
*Localidad: *C.P.:
*Teléfono : * Email:

➔ 2. DATOS DE CONTACTO (Secretaria, personal administrativo, etc.)

*Sr. / Sra.:
* Días y horarios de atención:
*Cargo: *Teléfono:
*Email :

➔ 3. DATOS DEL DIRECTOR MÉDICO

*Dr. /Dra.: *Matrícula:

*Especialidad: *Teléfono:

*Email :

***Sistemas de trabajo:**

(marque el/los servicio/s al/a los que se dedica la empresa)

- Servicio Médico de Emergencia y/o Urgencia ❑
- Servicio de Traslados Programados:
  - de Alto Riesgo ❑
  - de Bajo Riesgo ❑
- Servicio de Atención de Consultas Médicas Domiciliarias. ❑

***Cantidad de Unidades Móviles a habilitar:**

(Indique la cantidad según tipo de unidad/es móvil/es a habilitar)

- Alta complejidad:

Adulto		Pediátrica		Neonatal		Adulto-Pediátrica	
Adulto-Neonatal		Pediátrica-Neonatal		Adulto-Pediátrica-Neo.			

- Baja complejidad:

***Cantidad de afiliados:**
(en caso de poseer)

➔4. *REQUISITOS RESTANTES COMO EMPRESA

Comprobante de Inscripción a la AFIP-Comprobante de Inscripción a la D.G.R.-Contrato Social (en caso de sociedades comerciales)-Acta de Constitución de la Sociedad-Nota de Ámbito Territorial de Actuación-Reglamento Interno-Nómina de Personal que contenga el Nombre y Apellido, DNI, Profesión, Especialidad y Matrícula (detalle la misma, incluyendo personal médico, enfermeras, choferes y operadores).

➔ 5. DATOS DE LA BASE OPERATIVA

*Dirección: Piso/Dpto.: /

*Localidad: *C.P.:

*Teléfono: *Email:

➔ 6. *INFRAESTRUCTURA DE LA BASE OPERATIVA (marque las características con las que cuenta la BO ☑)

Sala de Guardia	❑	Vestuarios	❑
Sanitarios	❑	Ambiente para Esterilizar	❑
Stock de Medicamentos	❑	Estacionamiento Propio	❑
Archivo de Documentación	❑	Generador de Corriente Alterna	❑

➔ 7. *REQUISITOS RESTANTES DE LA BASE OPERATIVA

Planos/Croquis aprobado por Municipalidad-Contrato de Locación-Título de Propiedad.

La presente tiene carácter de declaración jurada y ha sido confeccionada sin omitir, ni falsear dato alguno que la misma deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.

Firma y Aclaración del Propietario de la empresa	***Firma y Sello Director Médico Responsable***

Lugar y Fecha:

Nota:

a) *La recepción de la presente solicitud no implica habilitación.-*

b) *La cancelación del arancel de Habilitación/Rehabilitación se encuentra sujeta a la actividad de verificación de lo declarado en este formulario por parte del Departamento de Habilitaciones del Colegio de Médicos de la Provincia de Misiones. En aquellos casos en que se detecten diferencias entre lo declarado y verificado, procederemos a realizar los ajustes de aranceles que correspondan en cada caso.-*

c) *Para el caso de requisitos faltantes, la tramitación del presente tiene una vigencia de 120 (ciento veinte) días corridos. Transcurrido dicho plazo y verificándose la falta de cumplimiento de los mismos, se producirá de pleno derecho la caducidad del presente, con la correspondiente perdida del arancel de Habilitación/Rehabilitación abonado, debiéndose iniciar nuevamente el trámite.-*

d) *Una vez cumplimentado con los requisitos (documentos y/o tareas observadas) establecidos por el Colegio de Médicos, la resolución habilitante será emitida en el plazo de 20 (veinte) días hábiles, entregándose original de la misma previa verificación del pago cancelatorio de aranceles.-*