Requisitos Centro de Rehabilitación Psico-Física Categoría B, Decreto 3020/02 (artículos generales: Art. 7 al 13), destinado a Discapacitados Neurolocomotores: (artículos específicos: Art. 15 al 20) y Discapacitados Sensoriales (artículos específicos: Art. 33 al 38).

1. **Solicitud de Habilitación** dirigida al Director de Fiscalización Sanitaria, suscripta por el propietario del establecimiento juntamente con quien ejercerá la dirección técnica del mismo.

2. **Comprobante de pagos:** 4 módulos ($4300,00 c/u), más distancia: se deberá adicionar el monto correspondiente a distancia, según detalle:

   De 50 a 100 km (10% de los módulos abonados)
   De 101 a 200 km (20% de los módulos abonados)
   De 201 a 300 km (30% de los módulos abonados)
   De 301 a 500 km (40% de los módulos abonados)
   De 500 km en adelante (50% de los módulos abonados)

   El **pago del arancel** correspondiente a cada trámite, más el incremento por distancia en los casos que se indique, deberá hacerse mediante **depósito bancario** en cualquier sucursal del **Banco Provincia** de Buenos Aires en la **cuenta 1696/2** –Sucursal 2000– de la Dirección de Fiscalización Sanitaria; o por medio de **Transferencia** Bancaria en **cajero automático**, al CBU 01409998 01200000169625 Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, CUIT 30-62698339-8.-

   Y se deberá abonar un **timbrado de $1345,50** en cualquier sede del BANCO PROVINCIA (tasas administrativas de ARBA)

3. **Fotocopia autenticada del título de propiedad**, contrato de locación suscripto a favor del solicitante o cualquier otro título que acredite el uso y goce del inmueble, con un plazo de vigencia no menor a dos (2) años.

4. Cuando se trate de una sociedad deberá acompañarse **copia del contrato social autenticado e inscripto en el registro respectivo.** Si se trata de una entidad de bien público comisión de fomento, mutual, etc. Deberán presentar copia autenticada de sus estatutos con registro e inscripción del mismo. **CONTANCIA DE CUIT DE LA RAZÓN SOCIAL.**

5. **Copia del plano** actualizado con real destino (o certificado de radicación municipal), distribución, medidas y denominación de los ambientes que componen el establecimiento, aprobado por la Autoridad Municipal.

6. **Presentar Certificado de Radicación Municipal**.

7. **Tipo de actividad** que se realizará y nómina de los servicios profesionales y técnicos (Memoria Descriptiva).

8. **Listado de RRHH. Listado de personal profesional**:

   De los profesionales colegiados deberán enviar DNI y certificado ético original y actualizado. Del Director Médico se deberá presentar también Orientación en Rehabilitación, especialista, capacitado o con experiencia comprobable en el área mayor de dos años.
   De los profesionales matriculados en el ministerio de salud: matricula provincial actualizada (RUP).

9. **Nota de designación del Director Médico por la sociedad.**

10. **Nota de aceptación del Director Médico con firmas certificadas.**

11. **Prever derivación a un Establecimiento Polivalente con Internación y Prestación Quirúrgicas** para los casos en los que resulte necesaria la atención de los pacientes o albergados en el establecimiento.

12. **Fotocopia del contrato con Emergencias Médicas Móviles** para el traslado de pacientes en caso de urgencia y/o emergencia.

13. **Informe antisiniestral completo y plan de evacuación**, emitido por autoridad competente pública o privada.

14. **Contrato de Seguro de Responsabilidad Civil** que cubra concurrentes y albergados, públicos y personal del establecimiento.

15. **Acreditar la potabilidad del agua** en forma anual.

16. **Poseer Línea Telefónica**, la que deberá acreditar.

17. **Inscripción como Generador de Residuos Patogénicos,** debiendo dar cumplimiento a los Decretos 450/94 y 403/97- Ley 11347, enviando copia del contrato con Empresa de Tratamiento de Residuos Patogénicos; completar la Declaración Jurada cuyo formulario se adjunta y abonar ocho mil seiscientos pesos ($ 8.600.-) equivalente a **dos (2) módulos de cuatro mil trescientos pesos ($ 4.300.-)** cada uno, depositados en cualquier sucursal del Banco Provincia de Buenos Aires en la cuenta 1696/2 –Sucursal 2000– de la Dirección de Fiscalización Sanitaria; o por medio de Transferencia Bancaria en cajero

automático, al CBU 01409998 01200000169625 Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, CUIT 30-62698339-8.-ly una **Tasa Administrativa por valor de doscientos cinco pesos ($205,00.-)** que deberán pagar en el BANCO PROVINCIA (tasa administrativa ARBA). De ya poseer inscripción, deberá presentar certificado emitido por el ministerio de salud y no realizar los pagos.

Deberán remitir la documentación COMPLETA en el orden detallado anteriormente. Cada punto debe ser un archivo pdf. Enviar también teléfono y mail de contacto.
Contacto: establecimientossmad@gmail.com