Requisitos para centro de rehabilitación psico-física categoría B, Decreto 3020/02 (artículos generales: Art. 7 al 13), destinado a discapacitados/as neurolocomotores: (artículos específicos: Art. 15 al 20) y discapacitados/as sensoriales (artículos específicos: Art. 33 al 38)

1. **Solicitud de habilitación** dirigida a el/la Director/a de Fiscalización Sanitaria, suscripta por propietario/a 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, según se detalla:

   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 0140999801200000169625 - 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. **CONSTANCIA 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/las profesionales colegiados/as deberán enviar DNI y certificado ético original actualizado.
   De el/la Director/a Médico/a: se deberá presentar también orientación en rehabilitación, especialista, capacitado/a o con experiencia comprobable en el área mayor de dos años.
   De los/las profesionales matriculados/as en el Ministerio de Salud: matrícula provincial actualizada (RUP).

9. **Nota de designación de el/la Director/a Médico/a por la sociedad.**

10. **Nota de aceptación de el/la Director/a Médico/a 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 pacientes o albergados/as 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/as, 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 ratamiento 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 0140999801200000169625 - Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, CUIT 30-62698339-8 y 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.

IMPORTANTE:

-Deberán remitir la documentación COMPLETA en el orden detalladoanteriormente.
-Cada punto debe ser un archivo PDF.
-Enviar teléfono y correo electrónico de contacto.

Contacto: establecimientossmad@gmail.com