Requisitos para establecimiento monovalente en rehabilitación, con internación tipo III: Decreto 3020/02 (artículos generales: Art. 7 al 13 / artículos específicos: Art. 79al 87)

1. **Solicitud de habilitación** dirigida a el/la Director/a de Fiscalización Sanitaria, suscriptapor el/la propietario/a del establecimiento juntamente con quien ejercerá la dirección técnica del mismo.

2. **Comprobantes de pagos:**
   Hasta 50 Camas
   8 módulos ($4300,00 c/u), más timbrado ($3.275,00), más distancia: se deberá adicionar el monto correspondiente, según se detalla:

   Más 50 Camas
   10 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 t**ransferencia** bancaria en **cajero automático**, al CBU 0140999801200000169625 - Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires- CUIT 30- 62698339-8.
   Dicho comprobante **original** deberá presentarse **acompañado de dos (2) copias** en el Sector Administrativo **Contable** de la Dirección Provincial de Registro y Fiscalización Sanitaria para su registración.

   Y se deberá abonar un **timbrado de $2.730,00 hasta 50 camas** y un **timbrado de $3.275,00 más de 50 camas**. Deben realizar el pago 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) y cantidad de camas.

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

   De los/las profesionales colegiados/as: deberán enviar **DNI y certificado ético original actualizado**.
   De los/las profesionales matriculados/as en el Ministerio de Salud: **matrícula provincial actualizada (RUP)**.

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

10. **Nota de aceptación de el/la Director/a médico/a con firmas certificadas. Deberá poseer especialidad en fisiatría (Art. 83°).**

11. **Prever derivación a un establecimiento polivalente con internación y prestación quirúrgicas** para los casos en los que resulte necesaria la atención de los/las 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**, 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 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 detallado anteriormente. Cada punto debe ser un archivo PDF.
-Enviar teléfono y correo electrónico de contacto.
Contacto: establecimientossmad@gmail.com