



COLEGIO DE MEDICOS
DE LA
PROVINCIA DE SANTA FE
2da. Circunscripción
Ley 3950 y sus modificatorias

AV. PELLEGRINI 1705 – TEL 482-2905 y 482-3479
2000 ROSARIO

Colegio Profesional: __ __

Nº de Trámite: __ __ __ __

Año: __ __

DIRECCION DE AUDITORIA MEDICA

SOLICITUD DE HABILITACION

Ley 9847 Dto. 1453/86 y Modificatorias Ley 10.169 Dto. 3854/87
(Debe ser cumplimentado en letra de imprenta)

1) Denominación:

Consultorio

Centro

Servicio Médico Permanente

Instituto

Otros (Especificar):

(marcar con x el casillero que corresponda)

Identificación: -----

2) Domicilio: Calle ----- Nº ----- Tel-----

Departamento -----

Localidad ----- C.P. -----

Correo Electrónico -----

3) Especialidad a la que se dedicará: -----

----- Código: -----

4) Consultorios:

Cantidad total: -----

	Tipo	Cantidad	Unipersonal	Compartido
	Médico			
	Odontológico			
	Fonoaudiológico			
	Radiológico			
	Trata. Radiante			
	Podológico			
	Kinésiológico			
	Bioquímico			
	Psicológico			
	Psicopedagógico			
	Enfermería			
	Obstétrico			
	Díálisis N° de Unidades			
	Emergencias N° de Unid. Móv.			
	Atención Médica Domiciliaria			
	Traslados Urbanos e Interurbanos de Pacientes			
	Otros (Especificar)			

5) Nombre del o de los propietarios (si fuese sociedad se acompañará copia del contrato o

estatuto) : -----

6) Nombre del director o regente y demás profesionales permanentes, periódicos y a demanda: ----

7) Se adjuntan:

- a) Croquis del consultorio a escata y acotado, indicando las instalaciones sanitarias, eléctricas, de gas, etc. Deberá constar el N° del plano del edificio, aprobado por autoridad competente, el que podrá ser exigido en caso de necesidad.
- b) Certificado de matriculación y habilitación en el Colegio Profesional respectivo del director y demás profesionales.
- c) Copia y reglamento interno que normatice la coordinación de los estamentos entre sí del establecimiento y copia de la estructura funcional.

8) Los datos contenidos en la presente solicitud tienen carácter de DECLARACION JURADA, haciéndose responsable de los mismos el Director Médico de la Entidad, quien firma al pie tomando conocimiento de las exigencias establecidas para la Habilitación y Fiscalización de los

establecimientos de salud de la Provincia de Santa Fe - Ley 9847 y Ley 10169 Y sus Decretos Reglamentarios.

Ampliación o aclaración de cualquiera de los rubros precedentes, especificando su remuneración correspondiente:

Fecha: -----

Firma Director

- Se inicia trámite simultáneo de inscripción ante Colegio de -----

----- para la habilitación de Consultorios -----

----- cuya fiscalización

corresponde al/a los citados organismos volviendo a firmar el Director Responsable.

Firma Director