

### **HABILITACIÓN DE ÓPTICAS**

Es el trámite por el cual se habilitan ópticas con domicilio legal en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)

#### **Documentación a presentar:**

- 1) Solicitud de inscripción con carácter de declaración jurada con firma certificada del Director Técnico, pidiendo la Habilitación de la Óptica.
- 2) Fotocopia autenticada ante escribano del título de propiedad, contrato de alquiler o de Comodato. **Tanto en el contrato de comodato y alquiler las firmas de las partes intervinientes tienen que estar certificadas ante Escribano.** En el caso del contrato de comodato adjuntar además fotocopia simple del título de propiedad. Tanto en el contrato de alquiler como en el contrato de comodato, tiene que especificar en sus respectivas cláusulas el Destino y el Plazo del mismo.
- 3) Si es una razón social o fundación la que realiza el trámite, se debe adjuntar copia autenticada ante Escribano Publico del estatuto.
- 4) Plano del local firmado por el Técnico Óptico, debiéndose detallar destino y medidas correspondientes, con los siguientes datos:
  - Escala: 1: 100
  - Salón de atención: 20 m<sup>2</sup>
  - Gabinete de contactología: 4m<sup>2</sup> (aquellos que habilitaran contactología)
  - Taller: 4m<sup>2</sup>
- 5) Si es dentro de una farmacia: adjuntar plano modificado en el Gobierno de la Ciudad autónoma de Buenos Aires y copia de la disposición de habilitación sanitaria de la misma.
- 6) Si la óptica se encuentra en una propiedad horizontal (Ley N° 13.512), adjuntar reglamento de copropiedad en el cual exprese que sea apto profesional y/o local de negocio.**
- 7) Copia autenticada de la Habilitación o inicio de trámite ante el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- 8) Listado de equipamiento.
- 9) Si habilita gabinete de contactología, traer copia del certificado de contactólogo/a.
- 10) Consignar en hoja aparte datos del profesional titular: Nombre y Apellido, N° DNI, N° Matrícula profesional, N° CUIT/CUIL (copia de factura de último pago del

monotributo. En caso de trabajar en relación de dependencia, copia del último recibo de sueldo), domicilio particular, teléfono particular, teléfono celular, correo electrónico.

11) Fotocopia del título profesional.

12) Certificado de vacunación de hepatitis B expedido por Hospital Público, serología de laboratorio o troquel de la farmacia del profesional (Ley N° 24.151).

13) Fotocopia de matrícula vigente expedida por el Ministerio de Salud.

14) En caso de ejercer más de un profesional solicitar autorización para ejercer de los profesionales no titulares del Establecimiento. Adjuntando la documentación requerida en el instructivo M2 “ Autorización para Ejercer”, de la pagina Web del Ministerio de Salud de la Nación ( [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar) ).

- Luego de retirar la Disposición de Habilitación, presentarse con la misma en el área de Registro Único de Profesionales de la Salud con el Libro de recetario para realizar la rúbrica (P.B. de 9.30 a 15.30)

NOTA 1: LA FIRMA DE LA SOLICITUD DEBERA SER AUTENTICADA ANTE BANCO DONDE TENGA CUENTA, POLICIA O ESCRIBANO PUBLICO.

NOTA 2: LAS FIRMAS Y COPIAS DE CONTRATOS Y ESTATUTOS DEBERÁN SER AUTENTICADAS ANTE ESCRIBANO PÚBLICO.

NOTA 3: NO SE INICIARAN TRAMITES QUE NO INCLUYAN LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS. SERA CAUSAL DE SUSPENSION Y/O DENEGATORIA DEL TRAMITE LA OMISION, NO CUMPLIMIENTO O FALSEDAD DE LOS DOCUMENTOS PRESENTADOS.

### **Cómo se hace.**

1.- Presentación de la documentación en Habilitaciones del Ministerio de Salud, 9 de Julio 1925 7º Piso, Oficina 7, en el horario de 10:00 a 13:00.y 14:00 a 15:00. Allí se verifica que la documentación sea la correcta y esta completa, de ser así se entrega el aviso de pago, para continuar con el trámite. Si la documentación no fuese la adecuada, deberá presentarse nuevamente.

2.- Con el aviso de pago, el interesado debe abonar en la Tesorería del Ministerio de Salud, Av. 9 de Julio 1925 1º Piso de 10:00 a 13:00 y de 14:00 a 15:00.

3.- Toda la documentación junto al comprobante de pago, se presenta en Mesa de Entradas, ubicada en 9 de Julio 1925, Planta Baja, en el horario de 10:00 a 13:00 y de

14:00 a 16:00. Allí le entregarán constancia de trámite iniciado donde figura su N° de expediente.

**LA CONSTANCIA DE TRÁMITE INICIADO NO ES HABILITANTE PARA FUNCIONAR.**

4.- Telefónicamente se acordará el día y la hora de la inspección del local y sus instalaciones para lo cual el interesado debe cumplimentar con todos los ítems requeridos.

5.- El Ministerio de Salud notificará para el retiro de la disposición de habilitación en Mesa de Entradas. Al momento de retirar la Disposición de Habilitación deberá presentar el Libro de Recetarios para realizar la rúbrica.

**Cuánto vale.**

El arancel de la habilitación de óptica es \$6.800

El arancel por Gabinete de Contactología es \$670.

El arancel para autorización para ejercer, a partir del segundo profesional es \$135.-

La única forma de pago es en EFECTIVO.

**Quién puede/debe efectuarlo.**

El titular de la óptica o un tercero debidamente autorizado

**Cuándo es necesario realizar el trámite.**

Antes de comenzar a ejercer en el local destinado a óptica

**Qué vigencia tiene el documento tramitado.**

Hasta que se realice la baja de la óptica .

**Cuántas veces debería asistir al organismo para hacer el trámite.**

Debería asistir dos veces:

- 1.- Presentación de documentación correcta y completa, abono del arancel correspondiente, y retiro del número de expediente.
- 2.- Retiro de la disposición de habilitación de la óptica.

**Dónde se puede realizar el trámite.**

Dirección Nacional de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras

Habilitaciones Av. 9 de Julio 1925 7º Piso, Oficina 7.

Horario de atención: 10:00 a 13:00 y 14:00 a 15:00.

Teléfono: (011) 4379-9000 Int. 4676



**HABILITACION DE OPTICA**

Buenos Aires,.....de.....de.....

**SEÑOR DIRECTOR NACIONAL de REGISTRO, FISCALIZACIÓN Y SANIDAD de FRONTERAS:**

El/la que suscribe:.....

DNI N°..... de Profesión:.....

M.N.N°:..... CUIT/CUIL N°.....

Especialista en: .....

Domicilio particular: Calle..... N°.....

Piso..... Dpto..... Cod. Postal N°.....

TEL..... Teléfono Celular .....

e-mail .....

Solicita la habilitación de la **OPTICA** sito en:

Calle..... N°..... Piso.....

Dpto..... Cod. Postal N°..... Telefono .....

Razón social/Fundación.....

.....

Bajo la TITULARIDAD DE.....

DNI N°..... de Profesión:.....

M.N.N°:..... CUIT/CUIL N°.....

Especialista en: .....

Observaciones:.....

.....

El interesado constituye domicilio en

.....,

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde acorde a lo establecido en el Art. 19 del Reglamento de Procedimientos Administrativos (Dec. 1759/72) se tendrán por válidas todas las notificaciones.

**Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados**

**Firma Autenticada del Profesional solicitante:**

Firma y Sello:.....