

HABILITACION DE HOSTAL

Es el trámite por el cual se habilitan los Establecimientos tipo Hostal 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 del establecimiento. Describir Categoría y Modalidad de Funcionamiento del Establecimiento según lo establecido en Res. S.E.S.P. 2385/80 y Res. S.S. 423/87, CAPITULO I, Normas Especificas. Ejercicio profesional Ley N° 17.132, Decreto N° 6.216/67, y Resolución N° 1.121/86.

2) Nota conteniendo resumen de la documentación presentada firmada por el Director Técnico o apoderado.

3) Fotocopia autenticada ante escribano del título de propiedad, contrato de alquiler o de Comodato (según el titular sea propietario, locatario o comodatario del inmueble).

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. Si la propiedad se encuentra en condominio adjuntar autorización con firma certificada del condómino en cual permite que se instale el establecimiento.

4) Las Sociedades propietarias de Establecimientos de Salud, deberán cumplimentar el artículo N° 39 de la Ley 17.132 (Normas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración). Incluir un profesional de salud propietario de acciones.-

Sociedades Civiles, Fundaciones y Asociaciones Civiles:

I) Copia de los Estatutos,

II) Inscripción en Inspección General de Justicia,

III) CUIT Sociedad,

IV) N° de Ingresos Brutos.

V) Copia autenticada ante Escribano Público del Acta de Directorio designando al Director Técnico

5) Plano del establecimiento con destinos y medidas, describiendo los sectores: n° de dormitorios, Número de camas por dormitorio, salón para reuniones grupales y/o multifamiliares, cocina, sanitarios, etc. firmado por el Director Técnico.

- 6) Copia de Plancheta de Habilitación del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires autenticada ante Escribano Público o copia simple del inicio de trámite.
- 7) Cronograma de actividades semanal y diario cubriendo las 24 horas de atención, con el nombre y función de profesionales a cargo de estas actividades.
- 8) Listado completo de profesionales, consignando de cada uno nombre y apellido completo, profesión, especialidad (Médicos y Odontólogos), número de matrícula, documento, N° de CUIT/CUIL, domicilio particular, teléfono y correo electrónico.
- 9) Copia simple del Contrato con Empresa Recolectora de Residuos Patológicos y constancia de pago.
- 10) Contrato con empresa de Traslados Sanitarios.
- 11) Contrato con Establecimiento con internación general que cubra los Servicios de Hemoterapia, Radiología, Laboratorio de análisis clínicos.
- 12) Fotocopia del título profesional y del Certificado de Especialista **(si tiene especialidad registrada)**
- 13) Certificado de vacunación de hepatitis B del profesional, expedido por Hospital Público, serología de laboratorio o troquel de la farmacia (Ley N° 24.151).
- 14) Fotocopia de matrícula expedida por el Ministerio de Salud.
- 15) Recetario membretado con datos básicos del establecimiento que se habilita con firma y sello de los profesionales.
- 16) Autorización para ejercer de los profesionales no titulares del Centro, adjuntar 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).

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, Av. 9 de Julio 1925 7mo piso, Oficina 7,. en el horario de 10:00 a 13:00 y 14:00 a 15:00.

Allí se realiza el análisis cuantitativo de la documentación o sea que se cumplan todos los requisitos, de ser así se entrega el aviso de pago, para continuar con el trámite.

Si la documentación no cumpliera con algún requisito, deberá presentarse nuevamente.

2.- Con el aviso de pago, el interesado debe abonar en la Tesorería del Ministerio de Salud.

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 en trámite

LA CONSTANCIA DE TRÁMITE INICIADO NO ES HABILITANTE PARA FUNCIONAR.

4.- La Documentación pasa al CUERPO DE INSPECTORES, para su análisis. Una vez realizado, telefónicamente se acordará el día y la hora de la inspección del Establecimiento para lo cual el interesado debe cumplimentar con todos los ítems requeridos.

5.- El Ministerio de Salud lo notificará para el retiro de la disposición de habilitación en Mesa de Entradas.

Cuánto vale.

El arancel de la habilitación es \$6.800-

La única forma de pago es en EFECTIVO.

El mismo se abona en la Tesorería del Ministerio de Salud, 1° Piso en el horario de 10:00 a 13:00 y de 14:00 a 15:00.

Quién puede/debe efectuarlo.

El titular del Establecimiento del cual dependa el hostel

Cuándo es necesario realizar el trámite.

Antes de comenzar a funcionar el hostel

Qué vigencia tiene el documento tramitado.

Hasta que se realice la baja.

Dónde se puede realizar el trámite.

Dirección Nacional de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras,

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

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

Teléfono: (011) 4379-9000 Int. 4676.

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°:.....

Especialista en CUIT/CUIL N°.....

Domicilio particular: Calle.....

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

TEL..... e-mail.....-

Solicita la habilitación del **HOSTAL** sito en la

Calle.....

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

TEL:.....-

Razón social/Fundación.....

Bajo la TITULARIDAD DE.....

DNI N°.....de Profesión:.....

M.N.N°:..... Especialista en.....

CUIT/CUIL N°.....

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 solicitante:

Firma y Sello:.....