Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

HABILITACION SERVICIO DE TRASLADOS SANITARIOS – Según Res 794/97

Documentación a presentar:

1.- Solicitud con carácter de declaración jurada dirigida al Director Nacional de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras solicitando la habilitación del servicio, firmada por el Director Médico, con firma certificada.

2.- 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 por Escribano. En el caso del contrato de comodato adjuntar además fotocopia simple del titulo de propiedad o contrato de locación. Tanto en el contrato de alquiler como en el contrato de comodato, se debe especificar en sus cláusulas el Destino y el Plazo del mismo.

3.- En caso de Razón Social, adjuntar fotocopia autenticada ante escribano del estatuto de la misma., y fotocopia del acta de designación del Director Médico. (Dentro de la Sociedad debe haber por lo menos un profesional de la salud, médico u odontólogo, según lo exigido por Ley 17.132 Art. 39).

4.- Focotopia simple del inicio de trámite ante el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires o fotocopia certificada ante escribano de la Plancheta de Habilitación.

5.- Croquis del lugar o plano, con medidas, y ambientes discriminados, marcadas puertas y ventanas. Debe destinarse un ambiente para administración/archivo de documentación, no menos a 20 m2, a depósito y sanitarios de personal, igual superficie. Tiene carácter de declaración jurada. Firmado por el Titular y detallando el domicilio.

6.- Adjuntar fotocopia de Contrato con empresa de Residuos Biológicos.

8.- Número de dominio de cada ambulancia y su correspondiente complejidad (marca, modelo, tipo).

9.- Fotocopia de cédula verde y titulo del automotor de cada móvil autenticada.

10.- Listado de choferes

11.- Listado de camilleros.

12.- Listado del equipamiento médico.

13.- Contrato con empresa que proveerá equipos (en caso de alquiler).

14.- Adjuntar modelos de protocolos y/o Formularios que se utilizarán en el servicio.

15.- Adjuntar Curriculum Vitae de los profesionales médicos y colaboradores de la medicina.

16.- Para todos los profesionales de la salud que ejerzan en el establecimiento, completar el Formulario M2 (Autorización para Ejercer) que se encuentra en la página web del Ministerio de Salud www.msal.gov.ar.

17.- Arancel $6800 por la Base Operativa

18.- Autorización para ejercer $135 por cada profesional.

19.- Móvil $670 por cada uno.

¿Cómo se hace?

1.- Presentación de la documentación en Habilitaciones del Ministerio de Salud, Av. 9 de Julio 1925 7mo (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 esté 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.

NOTA: LAS FIRMAS DEBERAN SER AUTENTICADAS ANTE BANCO DONDE TENGA CUENTA, POLICIA O ESCRIBANO PUBLICO.

NOTA 2: LAS FIRMAS Y COPIAS DE CONTRATOS Y ESTATUTOS DEBERÁN SER AUTENTICADAS POR 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

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

HABILITACION DE SERVICIO DE TRASLADO SANITARIO

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

SEÑOR DIRECTOR de REGISTRO, FISCALIZACIÓN y SANIDAD de FRONTERAS:

El/la que suscribe:.....DNI N°.....

de Profesión:..... MN:.....CUIT/CUIL N°.....

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

Piso.....Dpto.…….. Cod. Postal N°..... TEL.....

Solicita la habilitación del **SERVICIO DE TRASLADO SANITARIO**

……

sito en: Calle ..... N°.....

Piso.....Dpto.....Cod. Postal N°..... TEL.:.....

Fax ……..…….. Radio Llamado …….

Propiedad de.....

Bajo la Dirección Médica de.....

DNI N°.....de Profesión:.....

M.N.N°:..... 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 Profesional solicitante:

Firma y Sello:.....Aclaración……