



# COLEGIO DE MEDICOS DE SANTA FE

PRIMERA CIRCUSCRIPCION

COLEGIO DE PROFESIONAL

NUMERO DE TRÁMITE

AÑO

## SOLICITUD DE HABILITACION

Ley 9847 – Decreto 1453/86 y modificaciones

*(Debe ser cumplimentada en letra de imprenta legible o impreso)*

**DENOMINACION:** (marque con una cruz lo que corresponda)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CONSULTORIO.              | <input type="checkbox"/> CENTRO DE HEMODIALISIS.        |
| <input type="checkbox"/> CENTRO.                   | <input type="checkbox"/> CENTRO DE CIRUGIA AMBULATORIA. |
| <input type="checkbox"/> INSTITUTO.                | <input type="checkbox"/> CENTRO DE ENDOSCOPIA.          |
| <input type="checkbox"/> SERVICIO DE TRASLADO.     | <input type="checkbox"/> CENTROS DE DÍA.                |
| <input type="checkbox"/> SERVICIO DE EMERGENCIA.   | <input type="checkbox"/> SERV. de ATENCION MEDICA DOM.  |
| <input type="checkbox"/> SERVICIO DE RADIOTERAPIA. | <input type="checkbox"/> OTROS: _____                   |

**RESPONSABLE LEGAL** (PERSONA FÍSICA O JURÍDICA): \_\_\_\_\_

**NUMERO DE CUIT:** \_\_\_\_\_

**DIRECTOR MÉDICO / TITULAR** (del Establecimiento): \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACION:** \_\_\_\_\_

**Departamento:** \_\_\_\_\_ **Localidad:** \_\_\_\_\_

**Calle:** \_\_\_\_\_ **N°:** \_\_\_\_\_

**Código Postal** \_\_\_\_\_ **Mail:** \_\_\_\_\_

**Teléfono 1:** \_\_\_\_\_ **Teléfono 2:** \_\_\_\_\_

**CONSULTORIOS:** ("número" total de consultorios y "tipo" de cada uno) : en número: \_\_\_\_\_ en letra: \_\_\_\_\_

TIPO de CONSULTORIO	CANTIDAD	UNIPERSONAL	COMPARTIDO
MÉDICO			
MÉDICO GINECOLÓGICO / UROLÓGICO			
SALA HEMODIÁLISIS N° UNIDADES			
SALA ENDOSCÓPICA			
SERVICIO RADIOTERAPIA			
AMBULANCIAS UNIDADES			
QUIRÓFANO			
SERVICIO DE ATENCIÓN MEDICA DOM.			
<b>OTROS COLEGIOS :</b>			
BIOQUÍMICO			
ENFERMERÍA			
FONOAUDIOLÓGICO			
KINESIOLÓGICO			
PSICOLÓGICO			
PSICOPEDAGÓGICO			
RADIOLÓGICO			
ODONTOLOGÍA			
TERAPISTA OCUPACIONAL			
OTROS (especificar):			



# COLEGIO DE MEDICOS DE SANTA FE

PRIMERA CIRCUSCRIPCION

**NOMBRE DEL O LOS PROPIETARIOS:** \_\_\_\_\_  
**SOCIEDAD:** (Si fuese sociedad se acompañará copia del contrato o estatuto)

**SE ADJUNTA:**

1. PLANO MUNICIPAL: copia del plano municipal reglamentario actualizado, aprobado por autoridad competente y/o sello de Comuna. Sujeto a REGLAMENTO DE EDIFICACIONES PRIVADAS.
2. Certificado de matriculación y habilitación en el Colegio Profesional respectivo del Director y demás profesionales.
3. Copia del reglamento interno que normalice la coordinación de los estamentos entre sí del establecimiento y copia de la estructura funcional.
4. Nombre del director y demás profesionales permanentes, periódicos o a demanda: consignar al reverso nomina con categoría y especialidad

N°	PROFESIONAL	CATEGORIA	ESPECIALIDAD	MATRICULA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

(EN CASO DE QUE EL CUADRO PRESENTE NO CONTENGA A TODOS LOS PROFESIONALES - ADJUNTAR LISTADO)

FECHA:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TITULAR

**Los datos contenidos en la presente solicitud tiene carácter de DECLARACION JURADA, haciéndose responsable de los mismos, el Director Médico de la institución, 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 10169 y sus decretos reglamentarios.**

Se inicia trámite simultáneo de inscripción ante Colegio de \_\_\_\_\_  
para la habilitación del \_\_\_\_\_  
cuya fiscalización corresponde al o a los citados organismos volviendo a firmar el Director responsable.-

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DIRECTOR