



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 URB e INTERURB. | <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): _____

DIRECTOR MÉDICO / TITULAR (del Establecimiento): _____

IDENTIFICACION: _____

Departamento: _____ **Localidad:** _____

Calle: _____ **N°:** _____

Teléfono 1: _____ **C.P.:** _____

Teléfono 2: _____ **Mail:** _____

CONSULTORIOS: (“número” total de consultorios y “tipo” de cada uno)

Cantidad total: _____ 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. | | | |
| OTROS COLEGIOS : | | | |
| 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 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |

(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.