



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: <input type="text"/> |

DIRECTOR MÉDICO / TITULAR (del Establecimiento):

NUMERO DE CUIT:

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.						
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

Nº	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.