

INSCRIPCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. DISPOSICIÓN N° 296-DGSPR/2013 – ANEXO I

En el presente, se especifican los requisitos que deberán satisfacer los Establecimientos Prestadores de Servicios de Salud Privados, a los fines de su inscripción en el Registro de la Dirección General de Seguridad Privada.

ACLARACIÓN:

Todo lo aquí requerido, **deberá presentarse indefectiblemente de manera completa** y teniendo especial consideración sobre aquellos **documentos que poseen vencimiento**. En este sentido, se recomienda preparar toda la documentación que no posee vencimiento y luego aquella que si la posee.

En este sentido, se pone en conocimiento que solo se podrá emitir la Disposición de Inscripción respectiva, cuando toda la **documentación sujeta a vencimiento** se encuentre **vigente y completa a la fecha de la emisión de la misma**.

Por otra parte, se recuerda que el incumplimiento de requerimientos (por omisiones o falencias), por parte de los solicitantes, se rige por los términos previstos en la Ley de Procedimientos Administrativos. En consecuencia, se procederá, sin más al dictado de la caducidad del trámite respectivo. En este supuesto, la presentación deberá realizarse nuevamente de manera íntegra.

1) DEL ARANCEL

Boleta de Pago del Arancel aplicable según Ley Arancelaria vigente (la misma se encuentra publicada en el título denominado "Normativa" de la Dirección General de Seguridad Privada, del Portal del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Nota 1: La boleta de pago será proporcionada por esta Dirección General.

Nota 2: Los lugares de pagos de dichas boletas son; Rivadavia 524 (9:30 a 15:30), Av. Belgrano 840, cualquier CGP.

2) DEL ESTABLECIMIENTO PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Acompañar NOTA DE PRESENTACIÓN del Establecimiento Prestador de Servicios de Salud, debidamente firmada por Director Médico/Técnico, solicitando la inscripción en el registro. En la citada Nota, deberá constar lo siguiente:

- ❖ **Nombre o Razón Social del establecimiento**
- ❖ **Constancia de Inscripción CUIT/CUIL del Establecimiento**

Fotocopia simple o formulario emitido por Internet vigente de la Constancia de inscripción CUIT/CUIL.

- ❖ **Domicilio legal, constituido en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**
- ❖ **Teléfono/s de contacto**
- ❖ **Correo electrónico**
- ❖ **Nombre y Apellido del Director Médico/Técnico del establecimiento de Salud.**

3) DE LA NÓMINA DE PROFESIONALES

Acompañar una lista detallada de la **Nómina de Profesionales**, afectados al establecimiento para el Servicio de Medicina del Trabajo. Respecto de cada uno de ellos deberá detallar:

- ❖ **Nombre y Apellido**
- ❖ **Documento Nacional de Identidad**

Fotocopia simple del Documento Nacional de Identidad.

Nota: Anverso y reverso. En caso de corresponder, hoja 1 y 2.

- ❖ **Constancia de Inscripción CUIT/CUIL**

Fotocopia simple o formulario emitido por Internet vigente.

- ❖ **Domicilio Real**
- ❖ **Teléfono de Contacto**
- ❖ **Correo Electrónico**
- ❖ **Especialidad del Profesional**
- ❖ **Matrícula Nacional vigente**

Se debe acompañar la siguiente documentación de cada Profesional incluido en la Nómina de Profesionales:

- ❖ **Fotocopia simple del Título Profesional y, de corresponder, el Título de la Especialidad (debidamente firmado por el mismo profesional)**

Nota: El/los Títulos deben ser firmados y aclarados por el titular

- ❖ **Fotocopia simple de la Matrícula Nacional Vigente.**
- ❖ **Disposición y/o Resolución emitida por el Ministerio de Salud AUTORIZANDO el ejercicio profesional en el Establecimiento Prestador de Servicio de Salud**

4) DEL REGISTRO DE FIRMAS

Los Profesionales detallados en la nómina antes mencionada, los representantes legales y directores médico/técnicos de los establecimientos de salud privados, deberán comparecer ante esta Dirección General de Seguridad Privada a **Registrar su Firma**, una vez que el Establecimiento de Salud sea incluido en el Registro correspondiente.

Nota 1: Es importante que cada uno de los profesionales que comparezca conozca la Razón Social y/o Nombre del Establecimiento para el cual va a prestar servicios

Nota 2: Deberá comparecer munido de Documento de Identidad.

5) DE LA ANUENCIA PARA PRESTAR SERVICIOS DE SALUD

Deberá presentar documentación que acredite el consentimiento de las Autoridades competentes para prestar servicios de salud.

❖ HABILITACIÓN SANITARIA

Copia **Certificada** por Escribano Público de la Disposición y/o Resolución que habilita al Establecimiento a Prestar Servicios de Salud.

Nota 1: La Disposición y/o Resolución debe estar emitida por AUTORIDAD SANITARIA competente.

Nota 2: La Disposición y/o Resolución debe acreditar la designación del **DIRECTOR MEDICO/TECNICO**.

❖ CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL TRABAJO

Copia **Certificada** por Escribano Público del Certificado de Inscripción del Servicio de Medicina del Trabajo, que coincida con la habilitación ut supra mencionada.

Nota 1: El Certificado de Inscripción debe estar emitido por AUTORIDAD SANITARIA competente.

❖ HABILITACIÓN EDILICIA

Copia **Certificada** por Escribano Público del Certificado de Habilitación, emitida por Autoridad Competente.

6) DE LA TITULARIDAD DEL ESTABLECIMIENTO COMPUESTO POR PROFESIONALES DE LA SALUD

El/los Titular/es de un establecimiento prestador de servicios de salud, deberá/n acompañar la siguiente documentación:

❖ Documento Nacional de Identidad

Fotocopia simple del Documento Nacional de Identidad.

Nota: Anverso y reverso. En caso de corresponder, hoja 1 y 2.

❖ Constancia de Inscripción CUIT/CUIL

Fotocopia simple o formulario emitido por Internet vigente de la Constancia de inscripción CUIT/CUIL.

❖ **Domicilio real**

❖ **Teléfono/s de contacto**

❖ **Correo electrónico**

❖ **Certificado de Antecedentes Penales**

Certificado emitido por el Registro Nacional de Reincidencia.

Nota 1: Vencimiento 6 meses desde la fecha de emisión del mismo.

Nota 2: Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal y Carcelaria, Tucumán 1353 (7:30 a 16:00), Tel: 4372-9043.

❖ **Certificado de Deudores Alimentarios Morosos**

Certificado Original emitido por el Registro de Deudores Alimentarios Morosos.

Nota 1: Vencimiento 60 días desde la fecha de emisión del mismo.

Nota 2: Registro de Deudores Alimentario Morosos Chacabuco 132, Piso 5º, Tel: 4323-8900 (Conmutador).

7) DE LA TITULARIDAD DEL ESTABLECIMIENTO COMPUESTO POR UNA PERSONA JURÍDICA

Deberá presentar documentación que acredite la constitución de la sociedad, su actual conformación societaria y todos los miembros del órgano de administración.

❖ **Contrato Constitutivo o Estatuto Social**

Copia **Certificada** por Escribano Público y, de corresponder, sus modificaciones debidamente inscriptas en la Inspección General de Justicia.

Nota: Si la certificación notarial fuera de otra jurisdicción deberá adjuntarse la certificación del Colegio de Escribanos correspondiente.

❖ **Acta designación Autoridades**

Si corresponde, copia **Certificada** por Escribano Público del Acta de designación Autoridades **vigente**, plasmada en el Libro de Actas debidamente inscripto por ante la Inspección General de Justicia (Art. 60º de la Ley 19.550 de Sociedades Comerciales).

Nota: Si la certificación fuera de otra jurisdicción deberá adjuntarse la certificación del Colegio de Escribanos correspondiente.

❖ **Libro de Accionistas**

Únicamente en Sociedades por Acciones, copia certificada por Escribano Público del último registro de accionistas.

Nota: Si la certificación fuera de otra jurisdicción deberá adjuntarse la certificación del Colegio de Escribanos correspondiente.

❖ **Marca Registrada**

En caso de contar con una o más Marcas Registradas, se deberá presentar Fotocopia Certificada por Escribano Público del Título de la misma, emitida por Autoridad competente.

Cuando medie un Contrato de Uso o Cesión de una o más Marcas Registradas, se deberá presentar Fotocopia Certificada por Escribano Público del Contrato y del Título de la misma emitida por Autoridad competente.

7.1) DE LOS SOCIOS/ACCIONISTAS Y AUTORIDADES EN EJERCICIO

❖ **Documento Nacional de Identidad**

Fotocopia simple del Documento Nacional de Identidad de todos los Socios/Accionistas y de las Autoridades en ejercicio.

Nota: Anverso y reverso. En caso de corresponder, hoja 1 y 2.

❖ **Constancia de Inscripción CUIT/CUIL**

Fotocopia simple o formulario emitido por Internet vigente de la Constancia de inscripción CUIT/CUIL de todos los Socios/Accionistas y de las Autoridades en ejercicio.

❖ **Certificado de Antecedentes Penales**

Certificado emitido por el Registro Nacional de Reincidencia de todos los Socios/Accionistas y de las Autoridades en ejercicio.

Nota 1: Vencimiento 6 meses desde la fecha de emisión del mismo.

Nota 2: Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal y Carcelaria, Tucumán 1353 (7:30 a 16:00), Tel: 4372-9043.

❖ **Certificado de Deudores Alimentarios Morosos**

Certificado Original emitido por el Registro de Deudores Alimentarios Morosos de todos los Socios/Accionistas y de las Autoridades en ejercicio.

Nota 1: Vencimiento 60 días desde la fecha de emisión del mismo.

Nota 2: Registro de Deudores Alimentario Morosos Chacabuco 132, Piso 5º, Tel: 4323-8900 (Conmutador).

❖ **Declaración Jurada Individual**

Original confeccionada y **firmada por el declarante y por el Director Médico/Técnico**, respecto de todos los Socios/Accionistas y de las Autoridades en ejercicio.

7.2) Solo para el caso de nombrar un APODERADO, deberá presentar:

❖ **Documento Nacional de Identidad**

Fotocopia simple del Documento Nacional de Identidad.

Nota: Anverso y reverso. En caso de corresponder, hoja 1 y 2.

❖ **Constancia de Inscripción CUIT/CUIL**

Fotocopia simple o formulario emitido por Internet vigente de la Constancia de inscripción CUIT/CUIL.

❖ **Poder Certificado por Escribano Público.**

8) DEL LIBRO A RUBRICAR

Acompañar **LIBRO DE ACTAS (de 200 fojas)**, para ser rubricado ante esta Dirección General.

Nota: Deberá abonar el **arancel** correspondiente a la rúbrica de libros según Ley Arancelaria vigente, (la misma se encuentra publicada en el título denominado "Normativa" de la Dirección General de Seguridad Privada, del Portal del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

9) DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR DOCUMENTACIÓN

Para autorizar a una persona o más a retirar documentación, deberá presentarse Nota de estilo firmada por Autoridad en ejercicio o Director Médico del Establecimiento Prestador de Servicios de Salud, debidamente Certificada por Escribano Publico o Entidad Bancaria o Policía Federal.

La Nota debe acompañarse de Fotocopia del Documento Nacional de Identidad y Constancia de CUIT/CUIL de la persona a la que se pretende autorizar.

Nota: Para solicitar la baja del autorizado, deberá solicitarse mediante Nota de estilo firmada por Autoridad en ejercicio o Director Técnico Certificada por Escribano Publico o Entidad Bancaria o Policía Federal.