

## **DISPOSICIÓN N.º 296/DGSPR/13**

Buenos Aires, 4 de septiembre de 2013

### **VISTO:**

La ley 1913 (BO N° 2363); Decreto N° 446-GCBA/2006 (BO N° 2436), ley 2854 (BOCBA N° 3041) y las Disposiciones N° 237-DGSPR/2012 y 97-DGSPR/2012, y

### **CONSIDERANDO:**

Que la ley 1913 en sus artículos 5 inc e), 13 y 17 establece como requisito para el otorgamiento de habilitación de personal de seguridad privada a personas físicas, personal contratado por prestadores, con funciones de Director Técnico o Director Técnico Suplente, y Responsables Técnicos, la presentación de Certificado Psicotécnico, y que de acuerdo al Decreto 446-GCBA/2006 Anexo I art 5 inc e) dispone que debe expresar y evaluar la aptitud física y psicológica para desempeñarse en la actividad de servicios de seguridad privada.

Que con el dictado de la Disposición 237-DGSPR/2012, se ha creado el Registro de Firmas, obligatorio para los Directores Técnicos, Responsables Técnicos, así como para los profesionales de la salud que intervengan en establecimientos privados que emitan certificados de aptitud psicotécnica.

Que en cumplimiento de atribuciones que le son propias (ley 1913 art 20, título VIII decreto reglamentario) surge la necesidad de sentar criterio uniforme respecto de la confección y contenido de los certificados en cuestión a los fines del control, la seguridad y rigurosidad en la intervención de esta Dirección General de Seguridad Privada en la habilitación del personal referido en el primer párrafo. La finalidad del certificado que aquí se trata es la de acreditar la aptitud psicofísica para desempeñarse en el ámbito de la seguridad privada, y esto hace indispensable la observancia de determinados recaudos para su validez.

Que en los casos de certificados expedidos por establecimientos de salud privados resulta necesaria la habilitación otorgada por la Dirección Nacional de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

Que a los fines del control de los certificados de aptitud psicotécnica, es necesaria la creación de un Registro de establecimientos de salud privados intervinientes bajo la órbita de esta Dirección dependiente de la Subsecretaría de Seguridad Ciudadana del Ministerio de Justicia y Seguridad del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires;

Por lo expuesto, y en uso de facultades que le son propias

### **EL DIRECTOR GENERAL DE SEGURIDAD PRIVADA DISPONE:**

Artículo 1º.- Créase el Registro de Establecimientos Prestadores de Servicios de Salud en el que deberán inscribirse los establecimientos privados que intervengan en la confección de los certificados de aptitud psicotécnica a presentarse ante esta Dirección General de Seguridad Privada, donde serán individualizados con una

identificación única e irreplicable. La vigencia de la inscripción será de un año, plazo en el cual deberá solicitarse su renovación.

Artículo 2º.- En orden a lineamientos de verificación y control, los representantes legales y directores médicos/técnicos de los establecimientos de salud privados debidamente habilitados por la autoridad sanitaria nacional, deberán asentar su rúbrica en el Registro de Firmas de esta Dirección General de Seguridad Privada, creado mediante Disposición 237-DGSPR/2012.

Artículo 3º.- En el caso de establecimientos de salud que no cuenten con profesionales con habilitación para la realización de los estudios y evaluaciones física y psíquicas, deberán inscribirse en el registro por duplas integradas por un establecimiento médico y establecimiento de salud mental, de forma que les sea otorgada una sola identificación de registro en los términos del artículo 1, y el profesional médico es quien concluye el certificado con su intervención.

Artículo 4º.- En forma excepcional y por Disposición fundada el Director General de Seguridad Privada podrá autorizar la inclusión en el registro que en esta disposición se crea a Establecimientos de Salud Privados del Gran Buenos Aires, entendiendo por Gran Buenos Aires el territorio definido en el decreto de la Provincia de Buenos Aires 70/48. En estos casos solo se incluirán en el registro establecimientos médicos que cuenten con habilitación necesaria para la realización de totalidad de estudios y evaluaciones requeridos para la confección de certificados con intervención de profesionales de la salud que se desempeñen en sus dependencias y que deberán asentar su rúbrica en el Registro de Firmas de esta Dirección General de Seguridad Privada, creado mediante Disposición 237-DGSPR/2012.

Artículo 5º.- Apruébase lo establecido en el Anexo I N° 04188831-DGSPR/2013 que forma parte integrante de esta Disposición, como requisitos que, sin excepción, deberán cumplir los establecimientos de salud privados para su inscripción en el Registro de Establecimientos Prestadores de Servicios de Salud que aquí se crea. Para la renovación anual será necesaria la actualización de los recaudos dispuestos en los incisos d), g) e i) del Anexo I que aquí se aprueba. Es deber de los establecimientos de salud inscriptos en el Registro de Establecimientos Prestadores de Servicios de Salud mantener actualizados la totalidad de los datos y recaudos exigidos en esta Disposición.

Artículo 6º.- De acuerdo a lo establecido en la Disposición 97-DGSPR/2012, con el trámite de inscripción en el Registro que aquí se crea será obligatorio para los representantes legales y directores médicos/técnicos informar dirección de correo electrónico.

Artículo 7º.- El formulario previsto en el Anexo II N° 04188832-DGSPR/2013, que en esta disposición se aprueba, deberá ser extendido en original y contener:

- a) el número de identificación en el margen superior izquierdo;
- b) los datos de la persona evaluada tal como figuran en el Anexo II;
- c) fecha de confección del certificado;
- d) firma, sello, especialidad y matrícula de los profesionales intervinientes;
- e) expresar por separado la evaluación física y la psicológica, debiendo reflejar la comprobación que personalmente realice el profesional interviniente;
- f) especificar la actividad para la que se extiende;
- g) contener declaración jurada con firma y aclaración del interesado realizada ante el profesional médico interviniente.

Artículo 8º.- Los formularios a utilizarse serán confeccionados por esta Dirección de Seguridad Privada y serán entregados para su utilización a los titulares de los establecimientos de salud y/o a persona debidamente apoderada a tal fin, quienes dejarán constancia de los formularios que retiran.

Artículo 9º.- Apruébase lo establecido en el Anexo II que también forma parte integrante de esta Disposición, como formulario único y obligatorio para la confección de certificados aptitud psicotécnica a ser presentados ante esta Dirección.

Artículo 10º.- Los establecimientos de salud privados inscriptos en el registro que en esta Disposición se crea, deberán llevar libro rubricado por esta Dirección General de Seguridad Privada. En el mismo se asentarán el número identificador del establecimiento asignado por el registro creado en el artículo 1 de esta disposición, el código de identificación otorgado a cada certificado en los términos del artículo 6 inc a, en caso de anulación deberá asentarse la causa, individualización de la persona examinada, resultado del examen, y empresa de seguridad privada para la que se desempeña.

Artículo 11º.- Los establecimientos de salud deben comunicar a esta Dirección General de Seguridad Privada cada anulación de certificados indicando el código de identificación, y la causa de anulación.

Artículo 12º.- Los certificados de aptitud psicotécnica, y los exámenes realizados para su confección, tendrán validez de un (1) año desde su confección.

Artículo 13º.- Para el caso de certificados de aptitud psicotécnica confeccionados por profesionales de la salud que se desempeñan en establecimiento de salud públicos, será de plena vigencia lo dispuesto por el art 5 inc 2 ap 2º de la ley 1913.

Artículo 14º.- Disposiciones transitorias: Sin perjuicio de la vigencia de los certificados de aptitud psico técnicos ya emitidos, en el término de treinta días de la publicación de la presente serán válidos los confeccionados de acuerdo a la normativa que esta disposición modifica, a partir de esa fecha solo serán admitidos por esta Dirección los certificados realizados en el formulario agregado como Anexo II.

Artículo 15º.- Regístrese, publíquese en el Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires. Para su conocimiento pase a la Subsecretaría de Seguridad Ciudadana. Cumplido archívese. **Cocca**

## ANEXO

**ANEXOS - DISPOSICIÓN Nº 296 /DGSPR/13****Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

*“2013, Año del 30 aniversario de la vuelta a la democracia”*

---

**ANEXO I****Requisitos para la inscripción en el Registro de Establecimientos Prestadores de Servicios de Salud de la Dirección General de Seguridad Privada de la Subsecretaría de Seguridad Ciudadana del Ministerio de Justicia y Seguridad del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.**

- a) Nota con solicitud de inscripción suscripta por el director médico/técnico del establecimiento de salud;
- b) Constituir domicilio en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires;
- c) Copia certificada por escribano público de habilitación del establecimiento emitida por la Autoridad Sanitaria y designación de director médico/técnico, y, en caso de corresponder, constancia de habilitación por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires;
- d) En caso de ser propietaria una sociedad, copia certificada por escribano público del instrumento constitutivo con sus modificaciones y designación de autoridades y administradores, vigentes;
- e) En caso de establecimiento de titularidad unipersonal copia del DNI y denuncia de domicilio real del titular;
- f) Cuando la propietaria sea una sociedad copia de DNI y denuncia de domicilio real de las autoridades y administradores;
- g) Certificados emitidos por Registro de Deudores Alimentarios Morosos y por el Registro Nacional de Reincidencia del titular si fuera unipersonal, o de las autoridades y administradores si la titularidad fuera de una sociedad;
- h) Constancia de clave única de identificación tributaria (CUIT) del establecimiento y sus autoridades y administradores;
- i) Nómina de los profesionales que intervengan en la evaluación y confección de los certificados psicofísicos consignando nombre y apellido, especialidad, domicilio real, copia del DNI/LE/LC firmada y sellada por el profesional debiendo asentar su matrícula habilitante, y copia del título profesional. Este recaudo deberá ser completado con la inscripción en el Registro de Firmas de la Dirección General de Seguridad Privada creado en la disposición Nº 237-DGSPR/2012.

**ANEXOS - DISPOSICIÓN Nº 296 /DGSPR/13 (continuación)**



**GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES  
MINISTERIO DE JUSTICIA Y SEGURIDAD  
SUBSECRETARÍA DE SEGURIDAD CIUDADANA  
DIRECCIÓN GENERAL DE SEGURIDAD PRIVADA**

123456789999  
99999999AAAA

DNI  LE  LC

| Nº de Documento |  |  |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|--|--|
|                 |  |  |  |  |  |

**EXAMEN FÍSICO**

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido (s): \_\_\_\_\_

Nombre (s): \_\_\_\_\_

Edad : \_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN NEUROLÓGICA**

|   | Apto | No Apto | Observaciones |
|---|------|---------|---------------|
| a) Orientación  |      |         |               |
| b) Memoria  |      |         |               |
| c) Nivel de Conciencia  |      |         |               |
| d) Habla  |      |         |               |
| e) Lateralidad (Diestro o zurdo)  |      |         |               |
| f) Pares Craneales  |      |         |               |
| g) Olfato (I)   |      |         |               |
| h) Agudeza visual, campos visuales, papila (II)                                   |      |         |               |
| i) (III-IV-VI) Ptosis, Nistagmus, Movimientos Oculares, Pupilas                   |      |         |               |
| j) (V) Sensibilidad corneal y facial  |      |         |               |
| k) (VII) Simetría facial, frontal, ocular, labial                                 |      |         |               |
| l) (VIII) Oído  |      |         |               |
| m) (IX-X) Reflejo nauseoso, deglución, fonación                                   |      |         |               |
| n) (XI) Trapecio, Esternocleidomastoideo  |      |         |               |
| o) (XII) Protrusión, fasciculaciones, atrofia                                     |      |         |               |
| p) Extremidades superiores e inferiores: motilidad, fuerza, atrofia, sensibilidad |      |         |               |
| q) Cerebelo: Marcha, pruebas, movimientos alternativos rápidos                    |      |         |               |
| r) Movimientos Anormales: Temblor, corea, postura                                 |      |         |               |
| s) Reflejos: Tendinosos, succión, prensión, etc.                                  |      |         |               |



### ANEXOS - DISPOSICIÓN Nº 296 /DGSPR/13 (continuación)

| Agudeza Visual   | OI | OD | AMBOS | C/CORRECCIÓN | OD | OI | AMBOS |
|------------------|----|----|-------|--------------|----|----|-------|
| Cercana          |    |    |       |              |    |    |       |
| Lejana           |    |    |       |              |    |    |       |
| VISION CROMATICA |    |    |       |              |    |    |       |

### EXAMEN CLÍNICO

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b><u>Aparato Cardiovascular:</u></b> |
| <b><u>Aparato Respiratorio:</u></b>   |
| <b><u>Abdomen:</u></b>                |
| <b><u>Aparato Locomotor:</u></b>      |
| <b><u>Observaciones:</u></b>          |

Certifico que el Sr/a \_\_\_\_\_ con Nº de Documento: \_\_\_\_\_ se encuentra **APTO / NO APTO** para desarrollar tareas de **Vigilancia con arma / Vigilancia sin arma / Director Técnico / Responsable Técnico** en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, prestando servicios en la empresa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma y Sello del Profesional**

**Centro Médico:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Ministerio de Salud: Inscripción Nº** \_\_\_\_\_

**ANEXOS - DISPOSICIÓN Nº 296 /DGSPR/13 (continuación)**



**GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES  
 MINISTERIO DE JUSTICIA Y SEGURIDAD  
 SUBSECRETARÍA DE SEGURIDAD CIUDADANA  
 DIRECCIÓN GENERAL DE SEGURIDAD PRIVADA**

123456789999  
 99999999AAAA

DNI  LE  LC

| Nº de Documento |  |  |  |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|
|                 |  |  |  |  |  |  |

**EXAMEN PSIQUICO**

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido (s): \_\_\_\_\_  
 Nombre (s): \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_

|                                    |                                       |   |   |  |  |  |
|------------------------------------|---------------------------------------|---|---|--|--|--|
| <b>A) Aspecto:</b>                 | Normal <input type="checkbox"/>       | Patológico <input type="checkbox"/>           |   |  |  |  |
| <b>B) Orientación:</b>             | Global <input type="checkbox"/>       | Desorientado <input type="checkbox"/>         |   |  |  |  |
| <b>C) Pensamiento de curso:</b>    | Acelerado <input type="checkbox"/>    | Normal <input type="checkbox"/>               | Lento <input type="checkbox"/>              | Disgregado <input type="checkbox"/>    | Fuga de ideas <input type="checkbox"/> |  |
| <b>D) Conciencia:</b>              | De situación <input type="checkbox"/> | De Enfermedad <input type="checkbox"/>        |   |  |  |  |
| <b>E) Atención:</b>                | Normal <input type="checkbox"/>       | Paraprosexia <input type="checkbox"/>         | Hipo-hiperprosexia <input type="checkbox"/> | Displacentera <input type="checkbox"/> |  |  |
| <b>F) Sensopercepcion:</b>         | Normal <input type="checkbox"/>       | Alucinaciones <input type="checkbox"/>        |   |  |  |  |
| <b>G) Afectividad:</b>             | Eutimia <input type="checkbox"/>      | Hipertimiaplacentera <input type="checkbox"/> | Displacentera <input type="checkbox"/>      |  |  |  |
| <b>H) Control de los impulsos:</b> | Adecuados <input type="checkbox"/>    | No adecuadas <input type="checkbox"/>         |   |  |  |  |
| <b>i) Juicio:</b>                  | Conservado <input type="checkbox"/>   | Desviado <input type="checkbox"/>             | Disminuido <input type="checkbox"/>         |  |  |  |
| <b>J) Inteligencia:</b>            | Normal <input type="checkbox"/>       | Déficit <input type="checkbox"/>              | Insuficiente <input type="checkbox"/>       |  |  |  |

Certifico que el Sr/a \_\_\_\_\_ con Nº de Documento: \_\_\_\_\_ se encuentra **APTO / NO APTO** para desarrollar tareas de **Vigilancia con arma / sin arma / D.T. / R.T.** En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, prestando servicios en la empresa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma y Sello del Profesional**

**Centro Médico:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Ministerio de Salud: Inscripción Nº** \_\_\_\_\_



**ANEXOS - DISPOSICIÓN Nº 296 /DGSPR/13 (continuación)**

**EXAMEN PSICOFÍSICO**

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido (s): \_\_\_\_\_

Nombre (s): \_\_\_\_\_

Tipo de Documento: (marque con X lo que corresponda) DNI  LE  LC

Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

**DECLARACION JURADA DEL INTERESADO**  
 Tiene actualmente o ha tenido alguna vez: (marque con una X)

|                                 | TIENE                    | HA TENIDO                | NUNCA TUVO               |                             | TIENE                    | HA TENIDO                | NUNCA TUVO               |                                   | TIENE                    | HA TENIDO                | NUNCA TUVO               |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mareos o Desmayos               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamiento Psicológico     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión sanguínea Alta            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Convulsiones                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamiento Neurológico     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Cardíaca               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolores de Cabeza frecuentes    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sordera o Hipoacusia        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Amputaciones                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sin habla durante pocos minutos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uso de Audífonos            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Visión disminuida                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ausencias                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades en Tratamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uso de Lentes                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas con su Memoria        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Internación Psiquiátrica    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fliars con antec. de Suicidio     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trastornos del Equilibrio       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamiento por Alcoholismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fliars con antec. Psicóticos      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad Neurológica          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamiento por Toxicomanía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fliars con impulsos de descontrol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas con el Habla          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depresión                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fracturas                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas con la Orientación    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Falta de Aire               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                   |                          |                          |                          |
|                                 |                          |                          |                          | Palpitaciones del Corazón   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                   |                          |                          |                          |

Se ha realizado Electroencefalograma: SI  NO

Hijos: \_\_\_\_ Sanos: \_\_\_\_ Vivos: \_\_\_\_

(Marque con una X en el casillero que corresponda)

|   | SI                       | NO                       |                                |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Ha sido operado   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | De qué: _____                  |
| Tuvo que dejar de trabajar por razones de Salud         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Motivo: _____                  |
| Le negaron alguna vez un Seguro de Vida                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Motivo: _____                  |
| Hábitos: Fuma   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cantidad por día: _____        |
| Ha utilizado drogas de abuso (cocaína, marihuana, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cuando: _____                  |
| Toma bebidas alcohólicas                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cuáles y cuánto por día: _____ |
| Tiene sueño tranquilo                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cuántas horas duerme: _____    |
| Ha sufrido Accidentes                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cuándo y cómo: _____           |

**DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON FIEL EXPRESIÓN DE LA VERDAD.**

\_\_\_\_\_  
**Firma y Aclaración del Interesado**