



COLEGIO DE MEDICOS  
DE LA  
PROVINCIA DE SANTA FE  
2da. Circunscripción  
Ley 3950 y sus modificatorias  
AV. PELLEGRINI 1705 – TEL 482-2905 y 482-3479  
2000 ROSARIO

Colegio Profesional: \_\_\_

Nº de Trámite: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_

## DIRECCION DE AUDITORIA MEDICA

### SOLICITUD DE HABILITACION

Ley 9847 Dto. 1453/86 y Modificatorias Ley 10.169 Dto. 3854/87  
(Debe ser cumplimentado en letra de imprenta)

1) Denominación:

- Consultorio                       Centro                       Servicio Médico Permanente  
 Instituto                       Otros (Especificar):

-----  
(marcar con x el casillero que corresponda)

Identificación: -----

2) Domicilio: Calle ----- Nº ----- Tel -----

Piso: ----- Cons. Nº ----- Móvil -----

Localidad ----- C.P. -----

Departamento -----

3) Especialidad a la que se dedicará: -----

----- Código: -----

4) Correo Electrónico -----

5) Consultorios:

Cantidad total: -----



# COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

2da. Circunscripción - Ley 3950 y sus Modificatorias

---

Tipo	Cantidad	Unipersonal	Compartido
Médico			
Odontológico			
Fonoaudiológico			
Radiológico			
Trata. Radiante			
Podológico			
Kinésiológico			
Bioquímico			
Psicológico			
Psicopedagógico			
Enfermería			
Obstétrico			
Diálisis N° de Unidades			
Emergencias N° de Unid. Móv.			
Atención Médica Domiciliaria			
Traslados Urbanos e Interurbanos de Pacientes			
Otros (Especificar)			

6) Nombre del o de los propietarios (si fuese sociedad se acompañará copia del contrato o estatuto) : -----

7) Nombre del director o regente y demás profesionales permanentes, periódicos y a demanda: ----  
-----  
-----  
-----

8) Se adjuntan:

- Croquis del consultorio a escata y acotado, indicando las instalaciones sanitarias, eléctricas, de gas, etc. Deberá constar el N° del plano del edificio, aprobado por autoridad competente, el que podrá ser exigido en caso de necesidad.
- Certificado de matriculación y habilitación en el Colegio Profesional respectivo de los profesionales NO médicos.
- Copia y reglamento interno que normatice la coordinación de los estamentos entre sí del establecimiento y copia de la estructura funcional.

9) Los datos contenidos en la presente solicitud tienen carácter de DECLARACION JURADA, haciéndose responsable de los mismos el Director Médico de la Entidad, quien firma al pie tomando conocimiento de las exigencias establecidas para la Habilitación y Fiscalización de los



# COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

2da. Circunscripción - Ley 3950 y sus Modificatorias

---

establecimientos de salud de la Provincia de Santa Fe - Ley 9847 y Ley 10169 Y sus Decretos Reglamentarios.

-----  
Ampliación o aclaración de cualquiera de los rubros precedentes, especificando su remuneración correspondiente:

Fecha: -----

\_\_\_\_\_  
Firma Director

-----  
- Se inicia trámite simultáneo de inscripción ante Colegio de -----

----- para la habilitación de Consultorios -----

----- cuya fiscalización

corresponde al/a los citados organismos volviendo a firmar el Director Responsable.

\_\_\_\_\_  
Firma Director