



HABILITACION DE GABINETE DE ENFERMERIA

Es el trámite por el cual se habilita Gabinetes para el ejercicio de la profesión de Enfermería con domicilio legal en la provincia de Misiones.

REQUISITOS:

1. **Nota** dirigida a la Comisión Directiva solicitando la habilitación del Gabinete firmada por el /los responsables. (con firmas autenticadas por autoridad competente o firmada en presencia del personal autorizado del ColPEM).

DOCUMENTACIÓN PROBATORIA QUE DEBE ACOMPAÑAR A LA NOTA:

2.- Fotocopia autenticada (*) de DNI, CUIT/CUIL, Matrícula profesional, libre deuda societaria y certificado de vacunación de hepatitis B del/los profesionales (ley 24.151). Seguro de Mala Praxis contratado en forma institucional y/o personal del/los RESPONSABLE/S como también de cualquier profesional de Enfermería que desempeñe actividad en dicho local.

En caso de ser una RAZON SOCIAL, adjuntar además una copia autenticada por escribanía del estatuto de la sociedad.

3.- Si el local es cedido/alquilado adjuntar copia autenticada (*) del comodato y/o contrato de alquiler.

4.- Copia autenticada (*) del plano o croquis en escala del lugar, indicando los sectores y sus medidas respectivas expresadas en metros lineales y cuadrados, indicando: como medidas mínimas exigidas

- Gabinete: 7,00 m2. y Sala de espera. - Sala de espera: 7mts2.

5.- Especificación de las actividades a llevarse a cabo y Listado del equipamiento con que se cuenta para desarrollar las mismas.

6.- Sistema de registro y documentación que utilizará.

7.- Adjuntar contrato con empresa de residuos biopatogénicos, de no producirlos presentar una nota con carácter de declaración jurada firmada por el titular del consultorio.

NOTA 1:

(*) Para estos puntos, las copias de las documentaciones podrán ser autenticadas por personal autorizado del ColPEM mediante presentación de documento original.

NOTA 2: En caso de que NO se pueda sustanciar la totalidad de las documentaciones por superposición de solicitudes en distintas oficinas, la Comisión Directiva deberá otorgar una habilitación provisoria por NO más de 60 días para permitir la continuidad del trámite en otras instancias como ser Municipalidad, Bomberos, Dirección de Rentas, etc. .



NOTA 3: LA CONSTANCIA DE TRAMITE INICIADO NO ES HABILITANTE PARA FUNCIONAR.

Luego de completada la documentación faltante se otorgará el Certificado habilitante definitivo sin más costos.

PASOS A SEGUIR:

1. Presentación de la nota y documentaciones en la oficina del ColPEM en el horario de atención al público vigente.
2. La misma se eleva a la Comisión Directiva quien dispondrá de hasta veinte (20) días corridos para su consideración. En caso de hallarse completa la documentación se emitirá el Certificado de aviso de pago del canon de habilitación y comunicará al o los emisores de la solicitud por vía correo electrónico y nro. Telefónico declarado. En caso contrario se comunicará la denegación con la debida explicación.
3. Realizado el pago, se anexará el comprobante al expediente y se notificará vía, correo electrónico y nro. Telefónico, la fecha y hora de la inspección del local y sus instalaciones.
4. Luego de la inspección al local y de no surgir objeciones, en un lapso no mayor a 10 días corridos El ColPEM notificará para el retiro de la disposición de la habilitación por mesa de entrada.

Costo del certificado de habilitación: Será el equivalente a tres (3) matriculaciones de Licenciado en Enfermería.

Periodo de vigencia del Certificado habilitante:

Cuatro (4) años, debiendo ser comunicado anualmente cualquier cambio ocurrido respecto al profesional de Enfermería dado de baja y/o incorporado al listado original presentado al momento de la habilitación sin que esto represente relación de dependencia entre los actores.

RENOVACIÓN DE LA HABILITACIÓN:

Transcurrido los cuatro (4) años se deberá **RENOVAR** la habilitación presentando todas las documentaciones mencionadas a continuación:

1.- Fotocopia autenticada (*) de DNI, CUIT/CUIL, Matrícula profesional, libre deuda societaria y certificado de vacunación de hepatitis B del/los profesionales (ley 24.151). del/los RESPONSABLE/S como también de cualquier profesional de Enfermería que desempeñe actividad en dicho local.

En caso de ser una RAZON SOCIAL, adjuntar además una copia autenticada por escribanía del estatuto de la sociedad.

2.- Fotocopia de Certificado de habilitación municipal y certificado de contingencia otorgado por la dirección de Bomberos.

La Comisión Directiva responderá en un lapso no mayor a 20 días corridos respecto a la solicitud de renovación de la habilitación del gabinete de Enfermería.

El costo del Certificado y el periodo de vigencia es similar a lo expresado en la habilitación inicial.



NOTA DE SOLICITUD: HABILITACIÓN DEL CONSULTORIO DE ENFERMERIA

Posadas,dede

COMISION DIRECTIVA
COLEGIO DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA
PROVINCIA DE MISIONES
S/Despacho

El/la que suscribe:.....

DNI N° CUIT/CUIL

Lic. en Enfermería Enfermero/a (marcar lo que corresponda) Matrícula.....

Domicilio particular: Calle N° Piso, Dpto

Código Postal N° Te. Cel.....

Correo electrónico.....

Solicita la pertinente habilitación del CONSULTORIO DE ENFERMERIA

Nombre de fantasia:.....

sito en: calle/Avda.N.....

Piso Dpto..... Código Postal N°..... Teléfono.....

Te. Cel.:.....Correo electrónico:.....

Bajo la TITULARIDAD DE

DNI N° CUIL/CUIT.....

Observaciones:.....

.....

.....

Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados

Firma Autenticada del Profesional solicitante: Firma y Sello

NOTA DE SOLICITUD: AUTORIZACION PARA EJERCER



Posadas,dede.....

COMISION DIRECTIVA
 COLEGIO DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA
 PROVINCIA DE MISIONES
 S/Despacho:

El/la que suscribe:..... DNI N°
 CUIT/CUIL , Lic. en Enfermería Enfermero/a (marcar lo que corresponda)
 Matrícula Domiliado en :
 Código Postal N° Te..... Cel.....
 Correo electrónico:.....

Solicita autorización para ejercer en el consultorio de enfermería sito en:

Calle.....N.....Piso.....Dpto.....Localidad:.....
 de la Pcia. de Misiones, N° de Disposición o trámite de Habilitación:de
 Fecha...../...../.....

Datos del Titular del consultorio :

Apellido y Nombre.....
 DNI N° CUIT/CUIL , Matrícula N°
 Domicilio de residencia: N°, P.Dpto
 CP..... Tel. particular N°-Celular
 Correo electrónico.....

Saluda muy atentamente.

 Firma y sello del titular /Responsable
 de la Institución habilitada

 Firma y Sello del solicitante