



## **HABILITACIÓN DE CENTRO ODONTOLÓGICO**

Es el trámite por el cual se habilita un establecimiento asistencial en la categoría de Centro Odontológico, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (CABA) Para ser considerado Centro Médico, se deberá contar con un mínimo de 4 consultorios.

### **Documentación a presentar:**

1) Solicitud de inscripción con carácter de declaración jurada con firma certificada del Director Técnico, pidiendo la Habilitación del Centro. Describir Categoría de Establecimiento según lo establecido en Res. S.E.S.P. 2385/80 y Res. S.S. 423/87, CAPITULO I, Normas Especificas. Ejercicio profesional Ley N° 17.132, Decreto N° 6.216/67.

2) Nota conteniendo resumen de la documentación presentada firmada por el Director Técnico o apoderado.

3) Fotocopia autenticada ante escribano del título de propiedad, contrato de alquiler o de Comodato (según el titular sea propietario, locatario o comodatario del inmueble).

**Tanto en el contrato de comodato y alquiler las firmas de las partes intervinientes tienen que estar certificadas ante Escribano.** En el caso del contrato de comodato adjuntar además fotocopia simple del título de propiedad. Tanto en el contrato de alquiler como en el contrato de comodato, tiene que especificar en sus respectivas cláusulas el Destino y el Plazo del mismo. Si la propiedad se encuentra en condominio adjuntar autorización con firma certificada del condómino en cual permite que se instale Centro.

4) Las Sociedades propietarias de Establecimientos de Salud, deberán cumplimentar el artículo N° 39 de la Ley 17.132 (Normas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración). Incluir un profesional de salud propietario de acciones.-

*Sociedades Civiles, Fundaciones y Asociaciones Civiles:*

I) Copia de los Estatutos,

II) Inscripción en Inspección General de Justicia,

III) CUIT Sociedad,

IV) N° de Ingresos Brutos.

V) Copia autenticada ante Escribano Público del Acta de Directorio designando al Director Técnico

5) Plano en escala del lugar especificando destino y medidas de áreas y servicios que constituyen el Establecimiento. Dirección del lugar y firma del Director Técnico; tiene



carácter de declaración jurada. La superficie de la sala de espera deberá ser no menor de 12 m<sup>2</sup>. La superficie de los consultorios deberá no ser menor de 7,50 m<sup>2</sup>.

6) Copia de Plancheta de Habilitación del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires autenticada ante Escribano Público o copia simple del inicio de trámite.

7) Recetario membretado con datos básicos del Establecimiento que se habilita, con firma y sello de todos los profesionales (Médicos y Odontólogos)

8) Listado completo de profesionales, aclarar por Servicios si los hubiera, consignando de cada uno nombre y apellido completo, profesión, especialidad (Médicos y Odontólogos), número de matrícula, documento, N° de CUIT/CUIL, domicilio particular, teléfono y correo electrónico.

9) Copia simple del Contrato con Empresa Recolectora de Residuos Patológicos y constancia de pago.

10) Los establecimientos que posean servicios de radiología, tomografía computada, diagnóstico por imágenes, equipamiento de kinesiología, láser, deberán describir la aparatología e informarse sobre su habilitación. (AREA de RADIOFISICA SANITARIA, 7° piso Oficina 3 de esta Dirección).

11) Consignar en hoja aparte datos del profesional titular: Nombre y Apellido, N° DNI, N° Matrícula profesional, N° CUIT/CUIL (copia de factura de último pago), domicilio particular, teléfono particular, teléfono celular y correo electrónico.

12) Fotocopia del título profesional y del Certificado de Especialista **(si tiene especialidad registrada)**

13) Certificado de vacunación de hepatitis B expedido por Hospital Público, serología de laboratorio o troquel de la farmacia del profesional (Ley N° 24.151).

14) Fotocopia de matrícula expedida por el Ministerio de Salud.

11) Autorización para ejercer de los profesionales no titulares del Centro, adjuntar la documentación requerida en el instructivo M2 " Autorización para Ejercer", de la pagina Web del Ministerio de Salud de la Nación ( [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar) ).

### **Centro Médico/Odontológico (Resolución 2385/80).**

Para obtener la habilitación de establecimientos con la denominación de "Centro", se debe acreditar:

a) Contar con cuatro (4) consultorios como mínimo. Las dimensiones de los consultorios no deberán ser menores de siete con cincuenta (7,50) metros cuadrados, contando con sistemas de ventilación y renovación de aire adecuados.

b) Dirección técnica responsable.



- c) Actividad en equipo o conjunto de cuatro (4) profesionales como mínimo.
- d) En el caso de que el establecimiento se dedique a una especialidad el director y la mayoría de los profesionales deberán estar reconocidos como especialistas por la autoridad sanitaria competente.
- e) No poseer internación.
- f) Sala de espera con similares condiciones para las que rigen en consultorios con una superficie de doce (12) metros cuadrados.
- g) Un servicio sanitario con acceso desde la sala de espera y otro para uso de profesionales y el personal.
- h) En caso de tratarse de centros dedicados a tocoginecología, obstetricia, urología o proctología, deberán contar con un servicio sanitario contiguo y de uso exclusivo para cada uno de los consultorios.

NOTA 1: LA FIRMA DE LA SOLICITUD DEBERA SER AUTENTICADA ANTE BANCO DONDE TENGA CUENTA, POLICIA O ESCRIBANO PUBLICO.

NOTA 2: LAS FIRMAS Y COPIAS DE CONTRATOS Y ESTATUTOS DEBERÁN SER AUTENTICADAS ANTE ESCRIBANO PÚBLICO

NOTA 3: NO SE INICIARAN TRAMITES QUE NO INCLUYAN LA TOTALIDAD DE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS. SERA CAUSAL DE SUSPENSION Y/O DENEGATORIA DEL TRAMITE LA OMISION, NO CUMPLIMIENTO O FALSEDAD DE LOS DOCUMENTOS PRESENTADOS

### **Cómo se hace.**

- 1.- Presentación de la documentación en Habilitaciones del Ministerio de Salud, Av. 9 de Julio 1925 7mo (Oficina 7), en el horario de 10:00 a 13:00 y 14:00 a 15:00. Allí se verifica que la documentación sea la correcta y esté completa; de ser así se entrega el aviso de pago, para continuar con el trámite. Si la documentación no fuese la adecuada, deberá presentarse nuevamente.
- 2.- En el caso de disponer de aparatología deberá solicitar su habilitación en Radiofísica Sanitaria, 7° Piso, Oficina 3.
- 3.- Con el aviso de pago, el interesado debe abonar en la Tesorería del Ministerio de Salud, 1° Piso de 10:00 a 13:00.
- 4.- Toda la documentación junto al comprobante de pago, se presenta en Mesa de Entradas, ubicada en 9 de Julio 1925, Planta Baja, en el horario de 10:00 a 13:00 y de 14:00 a 16:00. Allí le entregarán constancia de trámite iniciado donde figura su N° de expediente.



**LA CONSTANCIA DE TRÁMITE INICIADO NO ES HABILITANTE PARA FUNCIONAR.**

**5.-** Telefónicamente se acordará el día y la hora de la inspección del local y sus instalaciones para lo cual el interesado debe cumplimentar con todos los ítems requeridos.

**6.-** El Ministerio de Salud lo notificará para el retiro de la disposición de habilitación en Mesa de Entradas.

**Cuánto vale.**

El arancel de la habilitación del establecimiento es de \$300

El arancel para autorización para ejercer, a partir del segundo profesional es \$20.-

Cada servicio adicional (Laboratorio, Quirófano, Radiología, etc) cuenta con arancel propio.

La única forma de pago es en EFECTIVO.

**Quién puede/debe efectuarlo.**

El Director Técnico del Establecimiento o cualquier persona debidamente autorizada (apoderado o con nota autorizante).-

**Cuándo es necesario realizar el trámite.**

Antes de comenzar a funcionar un Centro.-

**Qué vigencia tiene el documento tramitado.**

Hasta que se realice la baja del Centro.-

**Dónde se puede realizar el trámite.**

Dirección de Registro, Fiscalización y Sanidad de Fronteras

Habilitaciones Av. 9 de Julio 1925 Piso 7. Of. 7

Horario de atención: 10.00 a a 13:00 y de 14.00 a 15.00 Teléfono: (011) 4379-9000

Int. 4676



**HABILITACION DE CENTRO ODONTOLOGICO**

Buenos Aires,.....de.....de.....

**SEÑOR DIRECTOR NACIONAL de REGISTRO, FISCALIZACIÓN Y SANIDAD de  
FRONTERAS:**

El/la que suscribe:.....

DNI N°..... de Profesión:.....

M.N.N°:..... CUIT/CUIL N°.....

Especialista en: .....

Domicilio particular: Calle..... N°.....

Piso..... Dpto..... Cod. Postal N°.....

TEL..... Teléfono Celular .....

e-mail .....

Solicita la habilitación del **CENTRO MEDICO** sito en:

Calle..... N°..... Piso.....

Dpto..... Cod. Postal N°..... Telefono .....

Razón social/Fundación .....

.....

Bajo la TITULARIDAD DE .....

DNI N°..... de Profesión:.....

M.N.N°:..... CUIT/CUIL N°.....

Especialista en: .....

Observaciones:.....

.....



**Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados**

**Firma Autenticada del Profesional solicitante:**

Firma y Sello:.....