

**DECLARACION JURADA PRESTADOR
LABORATORIO I NIVEL- AMBULATORIO**

UGL:

Fecha

EFECTOR:

Domicilio

Localidad

CUIT

Número UP:

Teléfono /Fax E Mail:

Tipo de institución

- Privado
- Público
- Otra (especificar)

Número de SAP:

Cód. Prestador:

Tipo de servicio: (marcar la opción que corresponda)

- Institución monovalente
- Servicio Integrado a un establecimiento asistencial (en caso afirmativo indicar denominación)

Fue prestador del INSSJP (responder en caso de que no sea actualmente prestador. Aclarar hasta cuándo y porque suspendió la atención)

Responsable/s del Establecimiento:

Director médico:

Director técnico:

Funciona en planta física específica

SI — - NO — (en caso negativo detallar en qué institución funciona)

Días y horarios de atención:

Habilitaciones,	Número
-----------------	--------

Habilitación municipal	
Habilitación Salud Pública	
Inscripción en la SSS	
Inscripción como generador de residuos patológicos, contrato vigente, constancia de recolección y frecuencia de la misma	

Documentación	Cía aseguradora	Num Póliza	Vigencia
Seguro de responsabilidad civil:			
Seguro de mala praxis			
Seguro contra incendios			
ART			

GRATUIDAD DE LAS PRESTACIONES
Las prestaciones son gratuitas
Se exhibirá cartel de gratuidad en lugar visible

Integra Red de prestadores: SI - NO En caso positivo completar los datos relativos a la Red:

Denominación	
Domicilio de la sede	
Área geográfica que abarca	

Estructura	SI	NO
Local exclusivo para bacteriología.		
Sala de toma de material biológico.		
Sector para lavado de material.		
Sala de espera confortable.		
Recepción de muestras y pacientes.		
Revestimientos lavables y piso impermeable.		

Administración independiente.		
Equipo contra incendios.		
Microscopio binocular.		
Espectrofotómetro con baño.		
Centrífuga.		
Microcentrífuga.		
Baño termostatzado.		
Fuente de poder y cuba electroforética.		
Estufa de cultivo.		
Estufa de esterilización.		
Autoclave.		
Fotómetro/lón selectivo.		
Pipetas automáticas.		
Cronómetro.		
Cámara de recuento.		
Heladera con freezer.		
Autoanalizador químico (+ de 50 m).		
Contador hematológico (+ de 50 m).		
Homogeneizador.		
Recursos humanos		
Bacteriólogo.		
Otros profesionales bioquímicos.		
Técnicos con título.		
Personal de limpieza.		
Personal administrativo.		
Funcionalidad		
Reactivos dentro de su vida útil.		
Registros de entrada de pacientes.		
Registros de derivaciones.		
Control de calidad interno con tratamiento estadístico.		
Control de calidad externo.		
Control de calidad del instrumental.		

Registros de controles de temperatura de heladera y freezer.		
Registros de ensayo.		
Registros de medidas correctivas.		
Registros de calibración.		
Registro de procesamiento de la muestra		
Extracciones a domicilio.		
Trazabilidad de metodologías consignadas en informes.		
Bioseguridad		
Material descartable.		
Manual de bioseguridad.		
Descartadores de elementos punzocortantes.		
Elementos de barrera.		
Procedimiento de descontaminación y eliminación.		
Transporte de muestras.		
Utilización de propipetas.		
Serología y vacunación de personal.		

Deberá anexarse listado completo de TODO el personal conforme al siguiente detalle. Firmando todas las hojas.

	Nombre y apellido	Número Matrícula	Especialidad	Inscripción en SSS
Jefe de servicio				
Profesional				
Bioquímico				
Bacteriólogo				
Enfermero				
Técnico				
Administrativo				

Los datos consignados en la presente declaración revisten el carácter de Declaración Jurada y estarán sujetos a revisión o auditoría por parte del INSSJP.

Responsable

Firma

**DECLARACION JURADA PRESTADOR
LABORATORIO ALTA COMPLEJIDAD**

UGL:

Fecha

EFECTOR:

EFECTOR:

Domicilio

Localidad

CUIT

Número UP:

Número de SAP:

Cód. Prestador:

Teléfono /Fax E Mail:

Tipo de institución

- Privado
- Público
- Otra (especificar)

Tipo de servicio: (marcar la opción que corresponda)

- Institución monovalente
- Servicio Integrado a un establecimiento asistencial (en caso afirmativo indicar denominación)

Fue prestador del INSSJP (responder en caso de que no sea actualmente prestador. Aclarar hasta cuándo y porque suspendió la atención)

Responsable/s del Establecimiento:

Director médico:

Director técnico:

Funciona en planta física específica

SI — - NO — (en caso negativo detallar en qué institución funciona)

Días y horarios de atención:

Habilitaciones	Numero
Habilitación municipal	
Habilitación Salud Pública	
Si resuelve por RIA	
Habilitación institucional de CNEA	
Habilitación individual de CNEA	
Inscripción en la SSS	
Inscripción como generador de residuos patológicos, contrato vigente, constancia de recolección y frecuencia de la misma	

Documentación	Cía aseguradora	Num Póliza	Vigencia
Seguro de responsabilidad civil:			
Seguro de mala praxis			
Seguro contra incendios			
ART			

Estructura	SI	NO
Recepción y sala de espera confortable y con baño		
Sala de toma de material biológico independiente y accesible		
Local para lavado de material		
Sector para lavado de material		
Administración independiente		
Climatización frío-calor		
Centrifuga		
Baño termostatzado		
Pipetas automáticas		
Heladera		

Freezer		
Equipo para ELISA		
Equipo para quimioluminiscencia		
Equipo para electro-quimioluminiscencia		
Equipo para dosaje de drogas		
Heladera exclusiva para material radioactivo		
Agitador Vortex		
Bomba de vacío para aspiración		
Bulbo de goma propipeta		
Agitador magnético		
Contador para R.I.A (especificar características)		
Instalaciones exclusivas para medicina/genética molecular		
Equipamiento exclusivo para medicina/genética molecular		
Recursos humanos		
Personal exclusivo para medicina/genética molecular		
Otros Profesionales		
Personal técnico con título		
Personal técnico sin título		
Personal administrativo		
Personal de limpieza de material		
Funcionalidad		
Reactivos dentro de su fecha de vida útil		
Listado de prácticas que resuelve		
Control de calidad interno		
Control de calidad externo		
Control de instrumental		
Registro de ensayo		
Archivo de resultados		
Registro de ingreso de pacientes		
Registro de medidas correctivas		
Registro de procesamiento de la muestra		
Registros de controles de temperatura de heladera y freezer		

Registro de derivaciones recibidas		
Cronograma de realización de prácticas		
Manual De Calidad		
Bioseguridad		
Material descartable		
Descartadores de elementos punzo-cortantes		
Elementos de barrera		
Propipeta		
Procedimiento de decontaminación y eliminación adecuada		
Higiene y mantenimiento		
Ausencia de elementos ajenos al área		
Serología y vacunación de personal		
Manual de bioseguridad		
Si resuelve por RIA		
Decontaminación de material radioactivo		
Normas escritas para manipulación de material radioactivo		

(1) El laboratorio cumple con los requisitos de seguridad de la legislación en vigencia

Deberá anexarse listado completo de TODO el personal conforme al siguiente detalle. Firmando todas las hojas.

	Nombre y apellido	Número Matricula	Especialidad	Inscripción en SSS
Jefe de servicio				
Profesional Bioquímico				
Bacteriólogo				
Enfermero				
Técnico				
Administrativo				

Los datos consignados en la presente declaración revisten el carácter de Declaración Jurada y estarán sujetos a revisión o auditoría por parte del INSSJP.

Responsable

Firma