



RUGEPRESA
MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE LA PROVINCIA
DE CORDOBA

HABILITACION LABORATORIOS

- 1) Tasa Retributiva <http://trs.cba.gov.ar>
- 2) Formulario Solicitud Inscripción con firmas certificadas
- 3) Formulario Anexo I Laboratorios, con firmas certificadas
- 4) Formulario Declaración Jurada DT con firmas certificadas
- 5) Certificado Colegio de Ética y Matrícula DT
- 6) Identificación del propietario del establecimiento de salud, sea este persona física o jurídica. En caso de tratarse de personas jurídicas, copia auténtica del contrato social, donde conste su correspondiente inscripción en la Dirección de inspección de Personas Jurídicas de la Provincia de Córdoba. Tratándose de una simple sociedad de hecho, bastará la manifestación por escrito en tal sentido de todos los socios, debiendo estar certificadas las firmas ante Escribano Público. Certificado final de Registro Público de Comercio
- 7) Constancia AFIP de la Razón Social o Empresa
- 9) Plano o croquis de ubicación y general, con discriminación de áreas, indicando tamaño y destino de cada local, aberturas, ventilación e iluminación.
- 10) En caso de Generar Residuos Patógenos presentar Convenio con Empresa Recolectora - Último comprobante de pago
- 11) Certificado Registro Deudores Alimentarios Morosos - Portal de trámites de la Pcia. De Córdoba : [www.cba.gov.ar/Registro civil](http://www.cba.gov.ar/Registro_civil)
- 12) Listado de Prácticas que se realizan



RUGEPRESA
MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE LA PROVINCIA
DE CORDOBA

- 13) Listado de Equipamiento Biomédico
- 14) Convenio con Servicio de Emergencias
- 15) De corresponder Plan de Evacuación y Certificado de Bomberos
- 16) Autorización del Colegio de Bioquímicos

R.U.Ge.Pre.Sa. – DIVISION DE FISCALIZACION EDILICIA

INSTRUCTIVO DE PRESENTACIÓN DE PLANOS PARA VISACIÓN:

CONSULTORIOS EN GRAL., CENTROS (no quirúrgicos)

Los establecimientos de referencia, para la visación de planos de obras nuevas, de edificios existentes, y/o proyectos de modificación y/o refuncionalización, deberán incluir como parte integrante de su documentación, la siguiente:

1. **Plano/s completo/s grales. de arquitectura –planta/s y corte/s (escala 1:100)-**acotados, especificando aberturas, equipamiento fijo, **designación de locales según su uso real**, e instalaciones previstas, incluyendo Planilla de Aberturas (con dimensiones y áreas de ventilación e iluminación), **firmado por profesional habilitado responsable.**

2. **Memoria Descriptiva o Planilla de Locales,** detallando terminaciones internas de locales (pisos, terminaciones de muros y cielorrasos, revestimientos de paredes con sus alturas e instalaciones en gral. -electricidad, agua, desagües, etc., incluyendo las de seguridad -matafuegos, disyuntor, agarraderas, pasamanos, señalización, y todo otro ítem previsto en la legislación vigente, firmado por profesional habilitado responsable **-Dcto. 33/08, 15/09-**

BÚSQUEDA DE DCTOS., RESOLUCIONES, etc. x INTERNET:

Ir al sitio: www.cba.gov.ar, allí ingresar en barra de inicio a: [REPARTICIONES – MINISTERIOS – MINISTERIO DE SALUD](#), allí abajo al pie "INFORMACIONES DE INTERÉS", existe un botón denominado: [RUGEPRESA](#), una vez allí, clicar: [Dcto. 33/08, anexo Res. 15/09 \(Laboratorios\)](#).

Al
Registro de Unidades de Gestión
de Prestaciones de Salud
Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba

Córdoba,

El que suscribe.....
D.N.I.Nº....., con domicilio en
.....de la ciudad de
en mi carácter de (apoderado – propietario) del
Establecimiento
.....
con domicilio en
de la ciudad /
propiedad
y bajo la **Dirección Técnica** de
M.P. Nº..... vengo por el presente a solicitar la inscripción y
habilitación de la entidad que represento, destinada a prestar los servicios de
..... a cuyo fin acompaño
el poder correspondiente a efectos de acreditar la representación invocada, así como
la documentación pertinente conforme a la normativa aplicable.

Que en el carácter invocado declaro conocer y aceptar la Ley Nº 6.222,
Decreto Nº 33/08 y Resolución Ministerial Nº 015/09, Ley Nº 7872 Modificada por Ley
8677, Decreto Nº 657/08 y Resolución Ministerial 394/09, formulando adhesión
expresa e irrevocable a los principios que los informan, obligando a mi mandante a su
cumplimiento irrestricto.

Que asimismo, comprometo a mi representada, a cumplir con los
requisitos de habilitación, como así también con los de acreditación y categorización
de efectores y de certificación de profesionales de acuerdo con las normas dictadas y
que dicte ese Ministerio.

Se adjunta a la presente **ANEXO I**, con los datos complementarios
solicitados y **ANEXO II** con declaración jurada del Director Técnico.

En razón de lo expuesto solicitamos tenga presente esta solicitud de
inscripción en ese Registro y en consecuencia se nos expida la habilitación
correspondiente.

Apoderado o propietario

Firma

Aclaración

NOTA: El Apoderado o propietario deberá acreditar su personería con la correspondiente documentación
que acredite su identidad.



Gobierno de Córdoba
Ministerio de Salud
Rugepresa

ANEXO I LABORATORIOS

L

Fecha

☐ Alta
☐ Baja
☐ Modificación

Denominación:		
Propiedad de:		CUIT
Domicilio:		Barrio
Localidad	CP	Departamento
Telefonos		email
Profesional a Cargo		
Matricula	Apellido y Nombres	CUIT/CUIL

Servicios	
Teléfono	Si ☐ No ☐
Correo	Si ☐ No ☐
Baño Público accesible	Si ☐ No ☐
Baño Anexo Laboratorio	Si ☐ No ☐

Superficies	Mts.
Laboratorio	
Baño Público Accesible	
Sala de Extracción	
Sala de Espera	

Servicios que presta	
Química Clínica	Si ☐ No ☐
Hematología	Si ☐ No ☐
Orina y Medio Interno	Si ☐ No ☐
Microbiología	Si ☐ No ☐
Inmunología	Si ☐ No ☐
Endocrinología	Si ☐ No ☐
Genética	Si ☐ No ☐
RIA	Si ☐ No ☐
Alta Complejidad	Si ☐ No ☐
Otros	Si ☐ No ☐

Funcionamiento	Cantidad
Días / semana	
Horas / día	
Horario de atención al público	

Guardia las 24 hs.	Si ☐ No ☐
Activa	Pasiva

En caso de efectuar RIA	☐	☐
Habilitación CNEA N°		
Fecha		

Control de calidad		Fecha último control	
Interno	Si ☐ No ☐		
Interlaboratorio	Si ☐ No ☐		
Externo	Si ☐ No ☐		

Bioseguridad	
Posee manual de normas de bioseguridad	Si ☐ No ☐
Psee manual de Rol de Incendio	Si ☐ No ☐
Descontamina el mat. antes de su eliminación	Si ☐ No ☐

Derivaciones	
Deriva habitualmente muestras para analizar	Si ☐ No ☐
Recibe habitualmente muestras para analizar	Si ☐ No ☐

Equipamiento	
Microscopio	Si ☐ No ☐
Centrifuga	Si ☐ No ☐
Baño de maria termostático	Si ☐ No ☐
Estufa de cultivo	Si ☐ No ☐
Estufa de esterilización	Si ☐ No ☐
Espectrofotometro	Si ☐ No ☐
Heladera	Si ☐ No ☐
Autoanalizador de Química Clínica	Si ☐ No ☐
Analizador de Electrolitos	Si ☐ No ☐
Autoanalizador especializado	Si ☐ No ☐
Analizador Hematológico	Si ☐ No ☐
Microcentrifuga	Si ☐ No ☐
Analizador de Gases en Sangre	Si ☐ No ☐

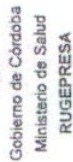
Archivo	
Archiva resultados durante 3 años como mínimo	Si ☐ No ☐
Lo hace en: Sistema manual	☐ Sistema computarizado ☐

Residuos Patógenos	
Posee convenio con empresa para su tratamiento	Si ☐ No ☐

Autorizaciones	
Posee Autorización Colegio de Bioquímicos	Si ☐ No ☐
En caso de poseer complete los siguientes datos:	
Fecha:	
Número:	

Firma y Sello Responsable Aclaración

Firmo en carácter de declaración jurada que todos los datos mencionados anteriormente obra en el Laboratorio y se encuentra en correcto funcionamiento.



Fecha / /

[illegible]

(1) UTI-UTI Pediátrica UTI-Neonatología

U. Coronaria	Unidad Dialisis	Guardia Central
--------------	-----------------	-----------------

(2) El Jefe UTI debe ser especialista o acreditar por certificado/s autenticado/s 3 años capacitación en la especialidad

Los Médicos de Guardia de Unidades de Terapia Intensiva(Neonatología, Coronaria, UTI, etc) y de Servicios de Emergencia por Unidades Móviles

Deben acompañar certificado/s autenticación/s que acrediten 2 años de entrenamiento en UTI o Coronaria

Con certificado/s autenticado/s el jefe de Unidad de Diálisis debe acreditar 2 años de entrenamiento de Diálisis y los médicos colaboradores 6 meses

(3) En caso de actualización, dar información completa de nuevo personal(ALTAS) e indicar solo nombres de las Bajas

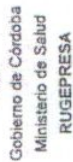
Controlados Títulos y Matriculas, firma en carácter de declaración Jurada.

Firma Representante Legal

Firma Director Técnico

Responsible RUGEPRESA

Fecha Recibida



Fecha / /

Ministerio de Salud
RUGEPRESA

[illegible]

(1) UTI-UTI Pediátrica UTI-Neonatología

U. Coronaria	Unidad Dialisis	Guardia Central
--------------	-----------------	-----------------

(2) El Jefe UTI debe ser especialista o acreditar por certificado/s autenticado/s 3 años capacitación en la especialidad

Los Médicos de Guardia de Unidades de Terapia Intensiva(Neonatología, Coronaria, UTI, etc) y de Servicios de Emergencia por Unidades Móviles

Deben acompañar certificado/s autenticación/s que acrediten 2 años de entrenamiento en UTI o Coronaria

Con certificado/s autenticado/s el jefe de Unidad de Diálisis debe acreditar 2 años de entrenamiento de Diálisis y los médicos colaboradores 6 meses

(3) En caso de actualización, dar información completa de nuevo personal(ALTAS) e indicar solo nombres de las Bajas

Controlados Títulos y Matrículas, firmo en carácter de declaración Jurada.

Firma Representante Legal

Firma Director Técnico

Responsible RUGEPRESA

Fecha Recibida