

ANEXO III

REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN DE LA/S OFERTA/S PRESTACIONAL/ES DE LOS PRESTADORES Y/O EFECTORES MÉDICOS O SOCIALES Y ENTIDADES SOCIALES CONVENIENTES

CAPITULO I: REQUISITOS GENERALES

Los presentes requisitos generales serán de cumplimiento obligatorio para la postulación de la/s oferta/s prestacional/es en el PORTAL de todos los oferentes de las categorías PRESTADOR/EFECTOR y ENTIDAD SOCIAL, que quiera contratar o convenir con el INSTITUTO.

Al momento de postular la/s oferta/s prestacional/es al INSTITUTO, el OFERENTE deberá proporcionar la siguiente información y acompañar la siguiente documentación, la cual se compromete a mantener actualizada, de acuerdo con su categoría:

1. El PRESTADOR/EFECTOR tanto médico como social deberá presentar al momento de postular una oferta prestacional:

- PERSONA FÍSICA/HUMANA:

- a. Título universitario.
- b. Certificado de Ética Profesional o de Libre Sanción.
- c. Antecedentes Penales.
- d. Currícula profesional.
- e. Certificado debidamente inscripto que acredite la especialidad requerida para el servicio que ofrece (para especialistas).

- TANTO PERSONA JURÍDICA, COMO PERSONA FÍSICA/HUMANA:

- a. Habilitación sanitaria (para PRESTADOR/EFECTOR médico), emitida por la autoridad jurisdiccional competente para los servicios del área geográfica de postulación.
- b. En caso de no ser el titular del lugar de atención, el OFERENTE deberá acompañar a su vez, acto administrativo de la jurisdicción autorizándolo a ejercer en el mismo.

c. En aquellas jurisdicciones donde no se expidan los actos administrativos mencionados en el apartado precedente, la GERENCIA DE PRESTACIONES MÉDICAS, determinará la documentación que se requerirá al efecto, debiendo acompañar obligatoriamente nota del titular de la habilitación sanitaria, con firma certificada, donde autorice el uso del mismo.

d. Habilitación jurisdiccional (para prestadores sociales y discapacidad), en el rubro respectivo de postulación.

e. Constancia de inscripción vigente en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud, o constancia de iniciación de trámite (No aplicable para efectores públicos).

f. Certificación de ingresos contable, correspondiente al último año, suscripto por un Contador Público General y/o declaración jurada patrimonial resumida, indicando activo y pasivo corriente y no corriente, monto de facturación del último año, firmado por contador público y certificado por el consejo profesional de Ciencias Económicas y/o el que corresponda, según las jurisdicciones provinciales (No aplicable a los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada -HPGD- y Organismos Públicos).

g. Seguro de responsabilidad civil que incluya cobertura por mala praxis: contrato de póliza vigente y recibo del último pago con una aseguradora debidamente autorizada por la Superintendencia de Seguros de la Nación para funcionar en el territorio de la República Argentina.

h. Seguro contra incendio de la sede denunciada y anexos: contrato de póliza vigente y recibo del último pago con una aseguradora debidamente autorizada por la Superintendencia de Seguros de la Nación para funcionar en el territorio de la República Argentina.

i. Constancia de Residuos Patogénicos o suscripción de la declaración jurada de excepción y constancia del último pago realizado.

j. Suscripción de la declaración jurada de no prohibiciones, conforme el texto del Anexo V según se trate de Persona Humana o Jurídica.

k. Suscripción de la declaración jurada de accesibilidad física al inmueble, junto con el/los plano/s o croquis del prestador/efector consignando nombre de locales y medidas, firmado por su titular o Director Médico.

2. La ENTIDAD SOCIAL deberá presentar al momento de postularse a una oferta prestacional:

- a. Currícula.
- b. Titularidad sede (Título de propiedad, contrato de locación o documentación respaldatoria de la titularidad denunciada sobre la sede social ofrecida).
- c. Seguro de responsabilidad civil (no se requiere para las organizaciones de jubilados y pensionados): contrato de póliza vigente y recibo del último pago con una aseguradora debidamente autorizada por la Superintendencia de Seguros de la Nación para funcionar en el territorio de la República Argentina.
- d. Seguro contra incendio de la sede denunciada y anexos (no se requiere para las organizaciones de jubilados y pensionados): contrato de póliza vigente y recibo del último pago con una aseguradora debidamente autorizada por la Superintendencia de Seguros de la Nación para funcionar en el territorio de la República Argentina.
- e. Suscripción de la declaración jurada de accesibilidad física al inmueble, junto con el/los plano/s del prestador/efector consignando nombre de locales y medidas (no se requiere para las organizaciones de jubilados y pensionados).

CAPÍTULO II: REQUISITOS ESPECÍFICOS

Además de los requisitos generales establecidos en el capítulo I se incorporan distintos requisitos específicos según el nivel y servicio que brinde el EFECTOR/PRESTADOR, que también deberá cumplir al efectuar la inscripción en el PORTAL:

PRESTADOR/EFECTOR MÉDICO

NIVEL I

1. MÉDICOS DE CABECERA: En caso de tratarse de un solicitante del servicio Médicos de Cabecera, se requerirá que posea alguna de las siguientes especialidades reconocida por la autoridad competente jurisdiccional:

- a. Medicinal Familiar,

- b. Medicina General,
- c. Clínica Médica,
- d. Geriatría, y/o
- e. Pediatría.

Si el médico de cabecera ejerciera en un efector público deberá acompañar nota del Director Médico de la Institución, donde conste la autorización para la utilización de las instalaciones.

2. PRESTADOR DE SALUD MENTAL (Excepto traslados de personas con discapacidad -ver punto 11-).

2.1. CONSULTORIO DE SALUD MENTAL

- a. Contrato vigente con la empresa de traslados y/o emergencias sanitarias (área protegida).

2.2. HOSPITAL DE DÍA

- a. Contrato vigente con la empresa de traslados y/o emergencias sanitarias (área protegida).
- b. Nómina de profesionales actuantes con matrícula y profesión.

3. MÉDICOS ESPECIALISTAS

- a. Especialidad reconocida por la autoridad competente jurisdiccional.

NIVEL II y III

1. EFECTOR/PRESTADOR DE NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA (SERVICIO DE INTERNACIÓN Y/O EFECTORES CON ÁREA QUIRÚRGICA)

- a. Informe técnico anual del grupo electrógeno, suscripto por profesional matriculado (Ing. electromecánico), en el cual se detalle:
 - i. la capacidad de generación eléctrica (kva),
 - ii. el tipo de arranque del grupo electrógeno con el que se cuenta,
 - iii. el mantenimiento preventivo o integral del equipo, y
 - iv. los circuitos esenciales que se encuentran conectados al equipo.

b. Contrato vigente con la empresa de traslados y/o emergencias sanitarias (área protegida), en caso de no contar con móvil propio asignado al efector, debidamente habilitado.

c. Nómina de profesionales actuantes, junto con su especialidad, conforme el siguiente cuadro:

| NOMINA DE PROFESIONALES | | |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Nombre y Apellido | Título y especialidad | Matrícula (Nº y Nac o Prov) |
| | | |
| | | |
| | | |

2. TRASPLANTE.

a. Habilitación del efector expedida por el INCUCAI.

b. Habilitación del equipo de profesionales expedida por el INCUCAI.

c. Acuerdo de derivación de pacientes con un efector de mayor complejidad que cuente con UTI, en caso de no poseer el servicio el OFERENTE.

3. TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DIALÍTICO DE LA FUNCIÓN RENAL.

a. Registro del servicio de diálisis expedido por el INCUCAI.

b. Acuerdo de derivación de pacientes con un efector de mayor complejidad que cuente con UTI.

c. De no poseer laboratorio de análisis clínico propio, acuerdo de derivación y habilitación sanitaria del mencionado laboratorio.

d. Nómina de profesionales actuantes, junto con su especialidad, conforme el siguiente cuadro:

| NOMINA DE PROFESIONALES | | |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Nombre y Apellido | Título y especialidad | Matrícula (Nº y Nac o Prov) |
| | | |
| | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

4. MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. Además de los requisitos generales descritos en el Capítulo I, deberá acreditar o suscribir:

- a. Constancia de categorización expedida por Servicio Nacional de Rehabilitación, en caso de poseerla.
- b. Declaración jurada para establecimientos de rehabilitación, conforme el texto del Anexo VI (No exigible para establecimientos de Medicina Física).

5. IMPLANTE COCLEAR

- a. Certificado de especialista de otorrinolaringología debidamente inscripto ante la autoridad sanitaria correspondiente.
- b. Currícula profesional donde acredite la debida experiencia del procedimiento quirúrgico.
- c. En caso que el profesional OFERENTE no sea el titular de la habilitación sanitaria, donde se realiza el procedimiento quirúrgico, deberá acreditar el convenio de servicios con el establecimiento donde brindará la prestación ofrecida y copia de la habilitación sanitaria pertinente.
- d. Para los supuestos de calibración y re-educación lingüística, deberá acreditarse en la conformación del equipo profesional la existencia de fonoaudiólogo o Licenciado en fonoaudiología, con consultorio debidamente habilitado a tal fin.

6. ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL.

- a. Declaración Jurada, conforme el texto del Anexo VII.
- b. Titularidad sede: Título de propiedad, contrato de locación o documentación respaldatoria de la posesión denunciada sobre la sede social ofrecida para la jurisdicción pertinente.

7. DISCAPACIDAD

7.1. PARA PRESTADORES DE BASE.

- a. Constancia de inscripción o categorización emitida por la Agencia Nacional de Discapacidad.
- b. Contrato vigente con la empresa de traslados y/o emergencias sanitarias (área protegida).
- c. Nómina de profesionales actuantes con matrícula (médicos, enfermeros, kinesiólogos, etc).

| NOMINA DE PROFESIONALES | | |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Nombre y Apellido | Título y especialidad | Matrícula (Nº y Nac o Prov) |
| | | |
| | | |
| | | |

7.2. PRESTADORES DE APOYO.

- a. Declaración jurada del domicilio en donde se desarrolla la prestación (consultorio, escuela y domicilio del paciente);
- b. Habilitación municipal y/o del colegio profesional correspondiente a la profesión, del domicilio prestacional.

8. SERVICIOS DE ÓPTICAS (casa de óptica, gabinetes de adaptación de lentes de contacto, prótesis oculares y todo lo relacionado con la actividad de Óptica Oftálmica y el ejercicio de la Contactología).

- a. En caso de poseer gabinete de contactología, deberá adjuntar el certificado de contactólogo/a.

9. PRESTADOR/EFECTOR DE MEDICINA NUCLEAR.

- a. Habilitación de ARN. Tanto del equipo como del profesional.

10. EFECTOR/PRESTADOR DE TRASLADOS MÉDICOS.

- a. Título automotor de los móviles consignados en la nómina (título de propiedad, contrato de leasing o contrato de locación).

b. Constancia de habilitación de cada uno de los móviles declarados como Ambulancia, por parte de la autoridad sanitaria correspondiente.

c. Acreditación de la posesión sobre la base operativa en la jurisdicción ofrecida, pudiendo acompañarse título de propiedad, contrato de locación o comodato.

d. Póliza de seguro vigente de todos los móviles exigidos para la actividad, por la autoridad competente.

e. Nómina de los móviles

| NOMINA DE MÓVILES | | | | | |
|-------------------|-------------|----------------|-----|---------|---------------------|
| Tipo de móvil | Complejidad | Marca y modelo | Año | Dominio | Fecha de última VTV |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

f. Nómina de los profesionales.

| NOMINA DE MÉDICOS, ENFERMEROS Y AUXILIARES | | | |
|--|--------|---------------------------------|-----------|
| Nombre y Apellido | Título | Especialidad (en caso de tener) | Matrícula |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

g. Nómina de los conductores.

| NOMINA DE CONDUCTORES Y AUXILIARES | | |
|------------------------------------|---|--------------------------------|
| Nombre y Apellido | Nº de Licencia de Conductor Profesional | Curso de RCP (indicar si o no) |
| | | |
| | | |
| | | |

11. EFECTOR/PRESTADOR DE TRASLADOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

- a. Título automotor de los móviles consignados en la nómina (título de propiedad, contrato de leasing o contrato de locación).
- b. Constancia de inscripción en la Comisión Nacional de Regulación del Transporte (en adelante CNRT) de la persona humana o jurídica para los móviles denominados como Automóvil Común y Utilitario para el traslado de pasajeros.
- c. Póliza de seguro vigente de todos los móviles exigidos para la actividad, por la autoridad competente.
- d. Nómina de los móviles

| NOMINA DE MÓVILES | | | | | |
|-------------------|-----------------|----------------|-----|---------|---------------------|
| Tipo de móvil | Nº de pasajeros | Marca y modelo | Año | Dominio | Fecha de última VTV |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

- e. Nómina de los conductores.

| NOMINA DE CONDUCTORES Y AUXILIARES | | |
|------------------------------------|---|--------------------------------|
| Nombre y Apellido | Nº de Licencia de Conductor Profesional | Curso de RCP (indicar si o no) |
| | | |
| | | |
| | | |

PRESTADOR/EFECTOR SOCIAL O ENTIDAD SOCIAL

1. PRESTADOR/EFECTOR DE TRASLADOS DE AFILIADOS DE PRESTACIONES SOCIALES.

- a. Título automotor de los móviles consignados en la nómina (título de propiedad, contrato de leasing o contrato de locación).

- b. Constancia de inscripción en la Comisión Nacional de Regulación del Transporte (en adelante CNRT) de la persona humana o jurídica para los móviles denominados como Automóvil Común y Utilitario para el traslado de pasajeros.
- c. Constancia de habilitación como transporte automotor de pasajeros de jurisdicción nacional del Parque Móvil emitida por la CNRT de cada unidad vehicular ofrecida para la prestación del servicio.
- d. Póliza de seguro vigente de todos los móviles exigidos para la actividad por la autoridad competente.
- e. Declaración Jurada manifestando que no tienen sanciones de la CNRT ni del Ministerio de Turismo de la Nación.
- f. Antecedentes de prestación de servicios de similares características a otras entidades (prestaciones anteriores y actuales, tanto a entidades privadas como estatales), con una antigüedad no menor de un (1) año, reservándose el derecho el Instituto de solicitar antecedentes a las mismas.
- g. Permiso de Turismo (para el caso de tratarse de Empresas de Turismo).
- h. Nómima de los móviles informando: tipo de móvil, nº de pasajeros, marca y modelo, año, dominio y fecha de la última verificación técnica vehicular (VTV).

| NOMINA DE MOVILES | | | | | |
|-------------------|-----------------|----------------|-----|---------|---------------------|
| Tipo de móvil | Nº de pasajeros | Marca y modelo | Año | Dominio | Fecha de última VTV |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

2. SERVICIOS DE GERIATRÍA (RAM, RAMP e IBP).

- a. Habilitación sanitaria otorgada por organismo competente. En las jurisdicciones en que no existiera legislación específica, permiso de uso o habilitación municipal.

b. Titularidad sede: Título de propiedad, contrato de locación o documentación respaldatoria de la posesión denunciada sobre la sede social ofrecida donde se brindará la prestación.

c. Plano de la planta física del edificio donde brindará la prestación, conforme a uso actual y aprobado por autoridad competente de la jurisdicción.

d. Plan de evacuación, actualizado y con aprobación vigente del ente técnico competente de la jurisdicción.

2.1. Adicionalmente, para ofertas RAM (Residencias para Adultos Mayores) y RAMP (Residencias para Adultos Mayores con control Psicogeriátrico).

a. Inscripción del establecimiento en la Superintendencia de Servicios de Salud.

b. Contrato de servicios de alimentación que lo una con la empresa de elaboración, la cual deberá estar habilitada por entidad sanitaria competente (en caso de contar con servicio de alimentación externa).

c. Nota del oferente que indique cantidad de camas que ofrece para el servicio de geriatría.

2.2. Adicionalmente, para ofertas I.B.P. (Institución de Bien Público).

a. Acreditar el carácter de Institución de Bien Público.

3. CENTROS DE DÍA

a. Habilitación sanitaria otorgada por organismo competente.

b. Titularidad sede: Título de propiedad, contrato de locación o documentación respaldatoria de la posesión denunciada sobre la sede social ofrecida donde se brindará la prestación.

c. Plano de la planta física del edificio, conforme a uso actual y aprobado por autoridad competente de la jurisdicción.

d. Plan de evacuación, actualizado y con aprobación vigente del ente técnico competente de la jurisdicción.

e. Inscripción del establecimiento en la Superintendencia de Servicios de Salud.

f. Contrato de servicios de alimentación que lo una con la empresa de elaboración, la cual deberá estar habilitada por entidad sanitaria competente (en caso de contar con servicio de alimentación externa).

g. Nota del oferente que indique cantidad de cupos ofrecidos al INSTITUTO.

4. CLUBES DE DIA

a. Habilitación comercial ajustada a la actividad propuesta.

b. Plano de la planta física del edificio donde brindará la prestación, conforme a uso actual y aprobado por autoridad competente de la jurisdicción.

c. Plan de evacuación, actualizado y con aprobación vigente del ente técnico de la jurisdicción.

d. Contrato de servicios de alimentación que lo una con la empresa de elaboración, la cual deberá estar habilitada por entidad sanitaria competente (en caso de contar con servicio de alimentación externa).

5. ACTIVIDADES ACUÁTICAS y/o COLONIAS DE VERANO PARA ADULTOS MAYORES Y/O NIÑOS, ADOLESCENTES Y JÓVENES.

Podrán inscribirse como prestadores de actividades acuáticas y colonias de verano para adultos mayores y/o niños, adolescentes y jóvenes las siguientes entidades: clubes / entidades deportivas; campos de deportes; espacios al aire libre; entidades educativas, espacios municipales, provinciales, nacionales; instituciones comunitarias; instituciones religiosas. Además de los requisitos generales descriptos en el Capítulo I, deberá acreditar o informar:

a. Habilitación comercial ajustada a la actividad propuesta.

b. Póliza de seguros que incluya los adicionales por incendio, rayo y explosión, escape de gas, descargas eléctricas, caídas de objetos, ascensores y montacargas (para el caso que los hubiere), suministro de alimentos, guarda de vehículos no oneroso (si poseen estacionamientos) y bienes de terceros bajo custodia.

c. Plan de evacuación, actualizado y con aprobación vigente del ente técnico competente de la jurisdicción.

d. Certificado de desinfección y desratización del predio actualizado.

- e. Certificado de potabilidad del agua emitido por ente competente de acuerdo con el período de vigencia fijado por dicho ente.
- f. Certificado de aprobación de los equipos de tratamiento del agua para la corrección del ph, coagulación, desinfección y alguicida extendido por autoridad competente.
- g. Certificado de sistema de tratamiento, evacuación y disposición final de líquidos residuales.
- h. Antecedentes de prestación de servicios de similares características a otras entidades (prestaciones anteriores y actuales, tanto a entidades privadas como estatales), con una antigüedad no menor de un (1) año, reservándose el derecho el INSTITUTO de solicitar antecedentes a las mismas.
- i. Información de la empresa de traslados de ambulancias para situaciones de urgencias o emergencias.

6. UNIVERSIDADES PARA ADULTOS MAYORES INTEGRADOS (UPAMI).

- a. Plan de evacuación, actualizado y con aprobación vigente del ente técnico competente de la jurisdicción.
- b. Póliza de seguros que incluya los adicionales por incendio, rayo y explosión, escape de gas, descargas eléctricas, caídas de objetos, ascensores y montacargas (para el caso que los hubiere), suministro de alimentos, guarda de vehículos no oneroso (si poseen estacionamientos) y bienes de terceros bajo custodia.
- c. Certificado de desinfección y desratización del predio actualizado.
- d. Certificado de potabilidad del agua emitido por ente competente de acuerdo con el período de vigencia fijado por dicho ente.
- e. Antecedentes de prestación de servicios de similares características a otras entidades (prestaciones anteriores y actuales, tanto a entidades privadas como estatales), con una antigüedad no menor de un (1) año, reservándose el derecho el Instituto de solicitar antecedentes a las mismas.
- f. Información de la empresa de traslados de ambulancias para situaciones de urgencias o emergencias.



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
2018 - Año del Centenario de la Reforma Universitaria

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: Anexo III Requisitos ofertas

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 13 pagina/s.