



ANEXO I

**DECLARACIÓN JURADA  
CAPACIDAD PRESTACIONAL  
PRESTADOR/EFECTOR DE II NIVEL**

**ENTIDAD**

Denominación: \_\_\_\_\_

N° SAP: \_\_\_\_\_ N° UP: \_\_\_\_\_ Cód. de Prestador: \_\_\_\_\_

Boca de Atención: \_\_\_\_\_

Tipo de Institución:

 Nacional     Provincial     Municipal     Privada     Otra: \_\_\_\_\_
**Responsable/s del Establecimiento**

Apellido	Nombre	Cargo

**CAPACIDAD PRESTACIONAL****Nivel de Resolución Ofrecido**

Marcar una sola de las siguientes opciones (ver descripción al final de la declaración)

NIVEL 1 Mínima Resolución	NIVEL 2 Baja Resolución	NIVEL 3 Mediana Resolución	NIVEL 4 Alta Resolución

**Capacidad Prestacional - Camas**

	GUARDIA	PISO	UCE/UTIM <sup>1</sup>	UTI/UCO <sup>2</sup>	TOTAL
Camas <sup>3</sup>					
Camas Ofrecidas <sup>4</sup>					

<sup>1</sup> UCE: Unidad de Cuidados Especiales ; UTIM= Unidad de Terapia Intermedia

<sup>2</sup> UTI: Unidad de Terapia Intensiva; UCO= Unidad Coronaria

<sup>3</sup> Solo considerar las camas en actividad (disponibles), descontando las desactivadas definitiva o transitoriamente.

<sup>4</sup> Camas disponibles destinadas a cubrir la demanda del Instituto.

I  
218  
A\*


[www.pami.org.ar](http://www.pami.org.ar)

[/pami.org.ar](https://www.facebook.com/pami.org.ar)

[@PAMI\\_org\\_ar](https://twitter.com/PAMI_org_ar)

**DECLARACIÓN JURADA  
CAPACIDAD PRESTACIONAL  
PRESTADOR/EFECTOR DE II NIVEL**

**Capacidad Prestacional - Detalle**

Completar según corresponda: sólo considerar aquellos que encuentren en actividad, descontando las desactivadas definitiva o transitoriamente

TIPO	CANTIDAD
Quirófanos/s	
Sala/s de Hemodinamia	
Sala/s de Terapia Radiante	
Sala/s de Medicina Nuclear	

Los datos consignados en la presente declaración, revisten el carácter de Declaración Jurada y estarán sujetos a revisión o auditoría por parte del I.N.S.S.J.P.

Responsable:

Firma:

**Descripción del encuadre del Nivel de Resolución**

El nivel de resolución supone que el establecimiento, según sus recursos y funcionalidad, está en condiciones de llevar a cabo las acciones de diagnóstico y tratamiento terapéutico de pacientes con patologías que requieran hasta cierto grado de complejidad.

**NIVEL 1 – Mínima Resolución:** Efectores que brindan básicamente atención primaria, atención de patologías de bajo riesgo y detección de patologías que deben ser derivadas a centros de mayor complejidad.

Asegura medios de comunicación eficientes (radio, teléfono u otros) y sistema de derivación.

Cuenta con los siguientes servicios: guardia, internación (por lo general no más de 10 camas), consultorios externos, puede o no tener sala de partos y servicios de apoyo (Rx., laboratorio, etc.)

**NIVEL 2 – Baja Resolución:** Establecimientos capaces de ofrecer atención de I y II Nivel con resolución de algunas patologías clínicas y quirúrgicas de bajo riesgo.

Cuenta con las 4 clínicas básicas y con quirófano además de los servicios descriptos en Nivel 1. (No posee UTI).

**NIVEL 3 – Mediana Resolución:** A los servicios que brinda el nivel 2 se agrega un mayor grado de resolución de patologías y procedimientos de diagnóstico y tratamiento. Cuenta además con los servicios de UTI/ UCO.

**NIVEL 4 – Alta Resolución:** Establecimientos con capacidad para la resolución de diagnóstico y tratamiento de patologías de alto riesgo y/o de alta complejidad.

J  
RJS  
AF



**DECLARACIÓN JURADA**  
**CAPACIDAD PRESTACIONAL**  
**PRESTADOR/EFECTOR DE ALTA COMPLEJIDAD**

**ENTIDAD**

Denominación: \_\_\_\_\_

N° SAP: \_\_\_\_\_ N° UP: \_\_\_\_\_ Cód. de Prestador: \_\_\_\_\_

Boca de Atención: \_\_\_\_\_

Tipo de Institución:

 Nacional  Provincial  Municipal  Privada  Otra: \_\_\_\_\_**CAPACIDAD PRESTACIONAL****TOMOGRAFIA AXILA COMPUTADA****RESPONSABLE**

Especialista	Apellido y Nombres	Autorización Individual
Médico Radiólogo		

**EQUIPAMIENTO****Equipo 1**

Marca	Modelo	Año	Cantidad de Pistas

**Detalle de capacidad del equipo (marcar con una cruz)**

	Helicoidal	Realizar 3D	Realiza Angio TC	Otras (detallar)
SI				
NO				

**Equipo 2**

Marca	Modelo	Año	Cantidad de Pistas

I  
A#



**DECLARACIÓN JURADA  
CAPACIDAD PRESTACIONAL**

**PRESTADOR/EFECTOR DE ALTA COMPLEJIDAD**

**Detalle de capacidad del equipo (marcar con una cruz)**

	Helicoidal	Realizar 3D	Realiza Angio TC	Otras (detallar)
<b>SI</b>				
<b>NO</b>				

**RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR**

**RESPONSABLE**

Especialista	Apellido y Nombres	Autorización Individual
Médico Radiólogo		

**EQUIPAMIENTO**

**Equipo 1**

Marca	Modelo	Año	Consignar Campo Magnético T	Abierto	Cerrado

**Equipo 2**

Marca	Modelo	Año	Consignar Campo Magnético T	Abierto	Cerrado

**MEDICINA NUCLEAR**

**RESPONSABLE**

Especialista	Apellido y Nombres	Autorización Individual
Médico Radiólogo		

I  
 AF  
 RJZ



**DECLARACIÓN JURADA  
CAPACIDAD PRESTACIONAL  
PRESTADOR/EFECTOR DE ALTA COMPLEJIDAD**

**EQUIPAMIENTO**

Equipo 1

Marca	Modelo	Año

Detalle de capacidad del equipo (marcar con una cruz)

	Cámara Gamma Planar	SPECT	PET	Ergometría	Estudios de Ventilación Pulmonar	Otras (detallar)
SI						
NO						

Equipo 2

Marca	Modelo	Año

Detalle de capacidad del equipo (marcar con una cruz)

	Cámara Gamma Planar	SPECT	PET	Ergometría	Estudios de Ventilación Pulmonar	Otras (detallar)
SI						
NO						

*Los datos consignados en la presente declaración, revisten el carácter de Declaración Jurada y estarán sujetos a revisión o auditoría por parte del I.N.S.S.J.P.*

Responsable:

Firma:

IRJZ  
AP

