

ALTA COMPLEJIDAD

DATOS

Prestador/ Oferente: _____ CUIT: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Mail: _____ UGL: _____

ALTA COMPLEJIDAD:

1. HEMODINAMIA:

ESCALA C

ESCALA B

ESCALA A

2. NEUROCIRUGÍA:

ESCALA C

ESCALA B

ESCALA A

3. CIRUGÍA CARDIOVASCULAR:

ESCALA C

ESCALA B

ESCALA A

4. COLOCACIÓN DE MARCAPASOS:

ESCALA C

ESCALA B

ESCALA A

5. ELECTROFISIOLOGÍA:

ESCALA C

ESCALA B

ESCALA A

ESCALA C de HEMODINAMIA:

SI NO

INFRAESTRUCTURA:

II Nivel

ALTA COMPLEJIDAD

UTI
 Sala de recuperación para procedimientos de hemodinamia

SERVICIOS ESPECIALES:

Unidad, Servicio o Departamento de Hemodinamia
 Consultorios de especialidad en cardiología
 Espacio físico

SERVICIOS DE APOYO:

Esterilización

EQUIPAMIENTO:

Carro de paro en el sector de hemodinamia
 Cardiodesfibrilador
 Angiógrafo
 Mesa de anestesia
 Monitor multiparamétrico
 Bomba de infusión de contraste

RECURSOS HUMANOS:

Jefe de Servicio: _____

Médico con recertificación / especialista: _____

Listado de especialistas en Hemodinamia:

Apellido y Nombre	Título	Matrícula	Especialidad

ESCALA B de HEMODINAMIA: SI NO

Además de los requisitos exigidos para la ESCALA C, deberá adicionar:

ALTA COMPLEJIDAD

INFRAESTRUCTURA:

Quirófano apto para cirugía cardiovascular

SERVICIOS ESPECIALES:

Servicio de cirugía cardiovascular

Consultorios de cirugía cardiovascular

Guardia de especialidad en hemodinamia

Guardia de especialidad de cirugía cardiovascular (activa o pasiva)

EQUIPAMIENTO:

Cardiodesfibrilador

 Posee Autotest

Tomografía axial computada (disponible, multislice, de al menos cuatro filas y posee bomba de infusión)

Angiógrafo

 Generador de Rayos X de al menos 80 kW

 Arco

 Mesa de anestesia

RECURSOS HUMANOS:

Jefe de Servicio: _____

Listado de especialistas en Hemodinamia:

Apellido y Nombre	Título	Matrícula	Especialidad

ESCALA A de HEMODINAMIA:

SI NO

Además de los requisitos exigidos para la ESCALA C y B, deberá adicionar:

CENTRO DE DIALISIS

DATOS:

Prestador/ Oferente: _____ CUIT: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Mail: _____ UGL: _____

RECURSOS HUMANOS:

SI NO

Director médico, nefrólogo, titulado por entidad competente, habilitado para ejercer la especialidad en la jurisdicción, inscripción en la SSS y matricula

Nombre y apellido: _____ Matricula N°: _____

Plantel profesional:

Nombre y apellido	Rol	Titulo	Matricula	Especialidad
	Médico de guardia			
	Médico de guardia			
	Médico de guardia			
	Médico de guardia			
	Médico cirujano			
	Médico cirujano			
	Lic. En enfermería			
	Lic. En enfermería			
	Lic. En enfermería			
	Trabajador social			
	Psicólogo			
	Nutricionista			
	Auxiliares de enfermería			
	Auxiliares de enfermería			
	Auxiliares de enfermería			
	Personal técnico (filtros)			
	Personal técnico (filtros)			

EQUIPAMIENTO:

SI NO

Sala de recuperación / reanimación

Cama camilla

Elementos para control de signos vitales

Cardiodesfibrilador (deseable) Obligatorio en ESSIT

Carro de paro completo

Oxígeno en condiciones de uso

Recipiente para residuos comunes y patogénicos

Sistema de aspiración e insumos en buen estado y forma

CENTRO DE DIALISIS

Sala aislamiento

Cuenta con sanitario adaptado de uso exclusivo

Preparación del Paciente

El sector está ubicado en relación directa a puestos de tratamiento, office /estación de enfermería, guardarropa y sanitario para el paciente.

Cuenta con pileta profunda para el prelavado de dializadores

Sala de Diálisis

Cada unidad de diálisis contiene material necesario para la conexión, desconexión y curso de la diálisis

Contenedor para material de desconexión

Heladera exclusiva para medicamentos

Toda la información consignada precedentemente tiene carácter de DECLARACION JURADA, estando sujeta en todo momento que el INSSJP lo considere a la AUDITORIA por parte del mismo.

Para el supuesto de falsear y/o adulterar y/u ocultar los datos e información que surjan de la presente Declaración Jurada; al igual que las firmas incorporadas al presente documento, se procederá sin más, a efectuar las denuncias administrativas y judiciales criminales pertinentes, con la correspondiente extensión de la responsabilidad a todos los directivos en forma personal que forman parte del cuadro societario y/o gerencial de la Institución en particular; todo ello, conjuntamente con la consecuentes acciones resarcitorias que pudieran ser de aplicación, conforme la notoriedad y gravedad de los daños y perjuicios generados al INSSJP y sus beneficiarios, objeto de la atención.-

Lugar y Fecha

Firma

Aclaración

Director Médico:

Firma

Sello

CUIDADOS PALIATIVOS Módulo 150

DATOS

Prestador/ Oferente: _____ CUIT: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Mail: _____ UGL: _____

SERVICIOS OFRECIDOS

TIPO	Si	No
Cuidados paliativos domiciliarios A		
Cuidados paliativos domiciliarios B		
Cuidados paliativos domiciliarios C		
Submódulo de Salud Mental		
Submódulo de Terapia física paliativa		
Submódulo de Oxigenoterapia		
Submódulo de Equipamiento		
Submódulo de Insumos traqueotomía		
Submódulo de Guardia semanales de Enfermería		
Submódulo de medicamento (parenteral)		

RECURSOS HUMANOS:

Director Médico o Coordinador Médico nombrados por Estatuto SI NO

Datos: _____

Profesional	Apellido y nombre	Matricula
Medicos		
Lic. Psicología/Psiquiatra		
Enfermería		
Lic. en Kinesiología		
Lic. En Terapia Ocupacional		

DECLARACIÓN JURADA PARA OFRECIMIENTO DE SERVICIOS DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES AMBULATORIO

RESIDUOS PATOGENICOS:

Certificado de inscripción como generador de residuos patogénicos

Detalle: _____

Contrato con empresa recolectora de residuos patogénicos

Detalle: _____

Gestión de turnos:

TURNO PREVIO A DEMANDA

TELEFÓNICAMENTE al: _____

PRESENCIALMENTE en: _____

POR CORREO ELECTRÓNICO en: _____

POR PÁGINA WEB en: _____

POR WHATSAPP al: _____

Días y horarios de atención:

DÍAS	HORARIOS
LUNES	
MARTES	
MIÉRCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SÁBADO	

SI NO

Los turnos se otorgan dentro de los 7 (siete) días

Horario mínimo de atención de 8 (ocho) horas diarias de lunes a viernes

Los informes se entregan dentro de las 72 hs

EQUIPAMIENTO:

- **RADIOLOGÍA SIMPLE:**

Cantidad de Equipos: _____

Características: _____

Tecnología: _____

- **RADIOLOGÍA CONTRASTADA:**

Cantidad de Equipos: _____

Características: _____

Tecnología: _____

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES AMBULATORIO

- **MAMOGRAFÍA:**

Cantidad de Equipos: _____

Características: _____

Tecnología: _____

- **ECODIAGNÓSTICO:**

Cantidad de Equipos: _____

Características: _____

Tecnología: _____

- **RESONANCIA MAGNÉTICA:**

Cantidad de resonadores: _____ Campo magnético: _____ Tesla

Características: _____

Tecnología: _____

- **TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTADA:**

Cantidad de tomógrafos: _____ Filas de detectores: _____

Características: _____

Tecnología: _____

- **DENSITOMETRÍA ÓSEA:**

Cantidad de Equipos: _____

Características: _____

Tecnología: _____

- **ECODOPPLER:**

Cantidad de Equipos: _____

Características: _____

Tecnología: _____

- **BIOSEGURIDAD:**

Kit para emergencias (carro de paro y desfibrilador)

SI **NO**

Chalecos plomados con cuellera tiroidea (mínimo 2 por sala)

- **RADIOLOGÍA SIMPLE:**

Sala con vestidor

- **RADIOLOGÍA CONTRASTADA:**

Sala con vestidor

Con baño exclusivo

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES AMBULATORIO

	SI	NO
- MAMOGRAFÍA:		
Sala con vestidor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECODIAGNÓSTICO		
Sala con vestidor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESONANCIA MAGNÉTICA		
Sala con vestidor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA		
Sala con vestidor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DENSITOMETRÍA ÓSEA		
Sala con vestidor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECODOPPLER		
Sala con vestidor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toda la información consignada precedentemente tiene carácter de DECLARACION JURADA, estando sujeta en todo momento que el INSSJP lo considere a la AUDITORIA por parte del mismo.

Para el supuesto de falsear y/o adulterar y/u ocultar los datos e información que surjan de la presente Declaración Jurada; al igual que las firmas incorporadas al presente documento, se procederá sin más, a efectuar las denuncias administrativas y judiciales criminales pertinentes, con la correspondiente extensión de la responsabilidad a todos los directivos en forma personal que forman parte del cuadro societario y/o gerencial de la Institución en particular; todo ello, conjuntamente con la consecuentes acciones resarcitorias que pudieran ser de aplicación, conforme la notoriedad y gravedad de los daños y perjuicios generados al INSSJP y sus beneficiarios, objeto de la atención.-

Lugar y Fecha

Firma

Aclaración

Director Médico:

Firma

Sello



DECLARACIÓN JURADA PARA OFRECIMIENTO DE SERVICIOS.

ESTABLECIMIENTO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION AMBULATORIA.

ESTRUCTURA:

CANTIDAD DE GABINETES DE ATENCIÓN: _____

GIMNASIO : _____

EQUIPAMIENTO:

AREA DE REHABILITACIÓN

EQUIPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
BICICLETA/S		
POLEA/S		
MANCUERNA/S		
TOBILLERA/S		
BANDAS ELASTICAS		
PLANOS INSTABLES		
PLANOS ESTABLES		
PELOTA/S		
ELEMENTOS PARA TRABAJAR MANO		

FISIOTERAPIA

MAGNETO		
INFRARROJO		
ULTASONIDO		
ELECTROANALGESIA		
ELECTROESTIMULACIÓN		
LÁSERTERAPIA		

AGREGAR OTROS :



DECLARACIÓN JURADA PARA OFRECIMIENTO DE SERVICIOS.

ESTABLECIMIENTO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION AMBULATORIA.

Días y horarios de atención:

DÍAS	HORARIOS
LUNES	
MARTES	
MIÉRCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SÁBADO	

Toda la información consignada precedentemente tiene carácter de DECLARACION JURADA, estando sujeta en todo momento que el INSSJP lo considere a la AUDITORIA por parte del mismo.

Para el supuesto de falsear y/o adulterar y/u ocultar los datos e información que surjan de la presente Declaración Jurada; al igual que las firmas incorporadas al presente documento, se procederá sin más, a efectuar las denuncias administrativas y judiciales criminales pertinentes, con la correspondiente extensión de la responsabilidad a todos los directivos en forma personal que forman parte del cuadro societario y/o gerencial de la Institución en particular; todo ello, conjuntamente con la consecuentes acciones resarcitorias que pudieran ser de aplicación, conforme la notoriedad y gravedad de los daños y perjuicios generados al INSSJP y sus beneficiarios, objeto de la atención.-

Lugar y Fecha

Firma

Aclaración

Director Médico:

Firma

Sello



DECLARACIÓN JURADA PARA OFRECIMIENTO DE SERVICIOS.

ESTABLECIMIENTO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION CON INTERNACION.

EQUIPAMIENTO:

AREA DE REHABILITACIÓN

EQUIPO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
BICICLETA/S		
POLEA/S		
MANCUERNA/S		
TOBILLERA/S		
BANDAS ELASTICAS		
PLANOS INSTABLES		
PLANOS ESTABLES		
PELOTA/S		
ELEMENTOS PARA TRABAJAR MANO		

FISIOTERAPIA

MAGNETO		
INFRARROJO		
ULTASONIDO		
ELECTROANALGESIA		
ELECTROESTIMULACIÓN		
LÁSERTERAPIA		

AGREGAR OTROS :

Días y horarios de atención:

DÍAS	HORARIOS
LUNES	
MARTES	
MIÉRCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SÁBADO	

DECLARACIÓN JURADA PARA OFRECIMIENTO DE SERVICIOS.

ESTABLECIMIENTO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION CON INTERNACION.

INTERNACION EN REHABILITACION:

- AGUDA: BAJA COMPLEJIDAD
 MEDIANA COMPLEJIDAD
 ALTA COMPLEJIDAD

- CRONICA: BAJA COMPLEJIDAD
 MEDIANA COMPLEJIDAD
 ALTA COMPLEJIDAD

Toda la información consignada precedentemente tiene carácter de DECLARACION JURADA, estando sujeta en todo momento que el INSSJP lo considere a la AUDITORIA por parte del mismo.

Para el supuesto de falsear y/o adulterar y/u ocultar los datos e información que surjan de la presente Declaración Jurada; al igual que las firmas incorporadas al presente documento, se procederá sin más, a efectuar las denuncias administrativas y judiciales criminales pertinentes, con la correspondiente extensión de la responsabilidad a todos los directivos en forma personal que forman parte del cuadro societario y/o gerencial de la Institución en particular; todo ello, conjuntamente con la consecuentes acciones resarcitorias que pudieran ser de aplicación, conforme la notoriedad y gravedad de los daños y perjuicios generados al INSSJP y sus beneficiarios, objeto de la atención.-

Lugar y Fecha

Firma

Aclaración

Director Médico:

Firma

Sello

IMPLANTE COCLEAR

DATOS

Prestador/ Oferente: _____ CUIT: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Mail: _____ UGL: _____

RECURSOS HUMANOS:

SI NO

Médico especialista responsable del servicio
(otólogo con más de 5 años en la especialidad)
Matrícula Nacional/ matrícula Provincial N° _____

Otros profesionales en la especialidad:

Matrícula N° _____ Matrícula N° _____

Matrícula N° _____ Matrícula N° _____

Médico anestesista disponible las 24 hs.

Médico cardiólogo disponible las 24 hs.

Psicóloga

Fonoaudióloga

Instrumentadora con práctica y entrenamiento en la especialidad

EQUIPAMIENTO:

Audiometría (tonal y verbal)

Impedanciometría

Nistagmografía computarizada

QUIRÓFANO:

Sala de reinducción anestésica y/o recuperación

Equipamiento :

SI NO

Microscopio quirúrgico binocular

IMPLANTE COCLEAR

Instrumental de microcirugía para implante coclear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipo de Rx portátil (para control radiológico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipo de monitoreo y equipo de reanimación (cardiodesfibrilador y otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicios centrales (oxígeno, aspiración, aire comprimido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Local y equipamiento para esterilización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EVALUACIÓN Y ESTUDIOS PRE-IMPLANTE:

	SI	NO
Evaluación médica, psicológica/familiar y audiológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudios prequirúrgicos (ECG, Rx de tórax, laboratorio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toda la información consignada precedentemente tiene carácter de DECLARACION JURADA, estando sujeta en todo momento que el INSSJP lo considere a la AUDITORIA por parte del mismo.

Para el supuesto de falsear y/o adulterar y/u ocultar los datos e información que surjan de la presente Declaración Jurada; al igual que las firmas incorporadas al presente documento, se procederá sin más, a efectuar las denuncias administrativas y judiciales criminales pertinentes, con la correspondiente extensión de la responsabilidad a todos los directivos en forma personal que forman parte del cuadro societario y/o gerencial de la Institución en particular; todo ello, conjuntamente con la consecuentes acciones resarcitorias que pudieran ser de aplicación, conforme la notoriedad y gravedad de los daños y perjuicios generados al INSSJP y sus beneficiarios, objeto de la atención.-

Lugar y Fecha	Firma	Aclaración
---------------	-------	------------

Director Médico: _____

Firma	Sello
-------	-------

INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL

DATOS:

Prestador/ Oferente: _____ CUIT: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Mail: _____ UGL: _____

RECURSOS HUMANOS:

Director Médico:

- *Apellido y Nombre:* _____
- *Título:* _____
- *Matrícula:* _____
- *Especialidad:* _____

Coordinación Médica:

- *Apellido y Nombre:* _____
- *Título:* _____
- *Matrícula:* _____
- *Especialidad:* _____

Coordinación de Enfermería:

- *Apellido y Nombre:* _____
- *Título:* _____
- *Matrícula:* _____

Coordinación de Nutrición:

- *Apellido y Nombre:* _____
- *Título:* _____
- *Matrícula:* _____

Coordinación de Kinesiología:

- *Apellido y Nombre:* _____
- *Título:* _____
- *Matrícula:* _____

INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL

Coordinación del Equipo de Rehabilitación:

- *Apellido y Nombre:* _____
- *Título:* _____
- *Matrícula:* _____
- *Especialidad:* _____

CONTRATOS TERCERIZADOS:

<i>Empresa</i>	<i>Servicio</i>	<i>Vigencia</i>
	Residuos Patogénicos (obligatorio)	

GESTION DE RESIDUOS PATOGENICOS

Detalle del circuito:

ESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO:

Oficina administrativa

SI NO

Centralizada

Depósito de insumos

EQUIPAMIENTO MEDICO

Insumos para enfermería (curaciones, cánulas, bolsas colectoras, etc)

Elementos de fisioterapia (camas, andadores, etc)

Bombas de infusión:

Oxígeno:

INTERNACION DOMICILIARIA INTEGRAL

Toda la información consignada precedentemente tiene carácter de DECLARACION JURADA, estando sujeta en todo momento que el INSSJP lo considere a la AUDITORIA por parte del mismo.

Para el supuesto de falsear y/o adulterar y/u ocultar los datos e información que surjan de la presente Declaración Jurada; al igual que las firmas incorporadas al presente documento, se procederá sin más, a efectuar las denuncias administrativas y judiciales criminales pertinentes, con la correspondiente extensión de la responsabilidad a todos los directivos en forma personal que forman parte del cuadro societario y/o gerencial de la Institución en particular; todo ello, conjuntamente con la consecuentes acciones resarcitorias que pudieran ser de aplicación, conforme la notoriedad y gravedad de los daños y perjuicios generados al INSSJP y sus beneficiarios, objeto de la atención.-

Lugar y Fecha

Firma

Aclaración

Director Médico:

Firma

Sello

DECLARACIÓN JURADA PARA OFRECIMIENTO DE
SERVICIOS
LABORATORIO AMBULATORIO

DATOS:

Prestador/ Oferente: _____ CUIT: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Mail: _____ UGL: _____

DIRECCIÓN TÉCNICA:

Nombre : _____

Especialidad : _____

Matrícula : _____

PLANTEL:

Cantidad de: Profesionales : _____

Técnicos de laboratorio: _____

Administrativos/as: _____

Personal de limpieza: _____

FUNCIONALIDAD:

- REALIZA ALTA COMPLEJIDAD: SI / NO
- REALIZA PRIMER NIVEL: SI / NO
- DERIVA A OTROS CENTROS: SI / NO
- SE REALIZA CONTROL DE CALIDAD INETRNO: SI / NO
- SE REALIZA CONTROL DE CALIDAD EXTERNO: SI / NO

EQUIPAMIENTO:

Instrumental para técnicas manuales:

	SI	NO
Microscopio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cámara de Neubauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baño termostático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microcentrífuga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoanalizador/es de química clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contador/es hematológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espectrofotómetro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DECLARACIÓN JURADA PARA OFRECIMIENTO DE
SERVICIOS
LABORATORIO AMBULATORIO

Coagulómetro
Analizador de electrolitos: Método ion selectivo/ fotómetro de llama
Otros Equipos
Detalle: _____

Días y horarios de atención:

DIA: HORARIO:

LUNES:

MARTES:

MIERCOLES:

JUEVES:

VIERNES:

SABADO:

Toda la información consignada precedentemente tiene carácter de DECLARACION JURADA, estando sujeta en todo momento que el INSSJP lo considere a la AUDITORIA por parte del mismo.

Para el supuesto de falsear y/o adulterar y/u ocultar los datos e información que surjan de la presente Declaración Jurada; al igual que las firmas incorporadas al presente documento, se procederá sin más, a efectuar las denuncias administrativas y judiciales criminales pertinentes, con la correspondiente extensión de la responsabilidad a todos los directivos en forma personal que forman parte del cuadro societario y/o gerencial de la Institución en particular; todo ello, conjuntamente con la consecuentes acciones resarcitorias que pudieran ser de aplicación, conforme la notoriedad y gravedad de los daños y perjuicios generados al INSSJP y sus beneficiarios, objeto de la atención.-

Lugar y Fecha

Firma

Aclaración

Director Médico:

Firma

Sello

PRESTACIÓN NIVEL II

DATOS

Prestador/ Oferente: _____ CUIT: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Mail: _____ UGL: _____

DOTACIÓN DE CAMAS:

SECTOR	CANTIDAD DE CAMAS	% CAMA OFRECIDAS PAMI
INTERNACION – PISO		
UTI		
UCO		
EMERGENCIA		
OTRAS		
TOTAL		

NIVEL DE RESOLUCIÓN OFRECIDA:

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

Nivel 1: atención primaria, atención a patologías de bajo riesgo y detección de patologías que deben ser derivadas a centros de mayor complejidad. Aseguran medios de comunicación eficiente y sistema de derivación. Cuentan con servicios de guardia, internación (en general no más de 10 camas), consultorios externos y pueden contar o no con sala de partos y servicios de apoyo (Rx, laboratorio, etc.)

Nivel 2: atención de I y II Nivel con resolución de patologías clínicas y quirúrgicas de bajo riesgo. Cuenta con las cuatro clínicas básicas y quirófano, sumado a los servicios de Nivel 1 (sin UTI)

Nivel 3: a los servicios de Nivel 2 se agrega mayor grado de resolución de patologías y procedimientos de diagnóstico y tratamiento. Cuenta con UTI / UCO

Nivel 4: Establecimiento con capacidad para resolución de diagnóstico y tratamiento de patologías de alto riesgo y/o de alta complejidad

RECURSOS HUMANOS:

SI NO

INTERNACIÓN:

Legajo de la jefatura del servicio con:

Matrícula vigente

PRESTACIÓN NIVEL II

Detalle: _____

Título correspondiente

Detalle: _____

Número de profesionales en el área: _____

UTI:

Legajo de la jefatura del servicio con:

SI

NO

Matrícula vigente

Detalle: _____

Título de especialidad

Detalle: _____

Número de profesionales en el área: _____

UCO:

Legajo de la jefatura del servicio con:

Matrícula vigente

Detalle: _____

Título de especialidad

Detalle: _____

Número de profesionales del Área: _____

QUIRÓFANO:

Legajo/s jefatura del servicio con:

SI

NO

Matrícula vigente

Detalle: _____

Título de especialidad

Detalle: _____

Número de profesionales del Área: _____

PRESTACIÓN NIVEL II

EMERGENCIAS:

Legajo de la jefatura del servicio con:

SI NO

Matrícula vigente

Detalle: _____

Título de especialidad

Detalle: _____

Número de profesionales del Área: _____

ENFERMERÍA:

Legajo de la jefatura del servicio con:

SI NO

Matrícula vigente

Detalle: _____

Número de profesionales del Área: _____

IMÁGENES:

Legajo de la jefatura del servicio con:

SI NO

Matrícula vigente

Detalle: _____

Título de especialidad

Detalle: _____

Número del plantel Médico: _____

Matrícula vigente

Legajo/s del plantel técnico con:

Matrícula vigente

Detalle: _____

Título correspondiente

Detalle: _____

PRESTACIÓN NIVEL II

EQUIPAMIENTO

TIPO	MARCA	MODELO	Nro. RADIOFISICA	AÑO

KINESIOLOGÍA:

Legajo de la jefatura del servicio con:

SI NO

Matrícula vigente

Detalle: _____

Título correspondiente

Detalle: _____

Licenciado/a Kinesiología

Número de profesionales del Área: _____

NUTRICIÓN:

Legajo de la jefatura del servicio con:

SI NO

Licenciado/a en nutrición

Número de profesionales del Área: _____

SERVICIO PROPIO

Número de Personal de cocina _____

Cocina

RESIDUOS PATOGENICOS Y PELIGROSOS

SI NO

Certificado de inscripción como generador de residuos patogénicos

Detalle: _____

Contrato con empresa recolectora de residuos patogénicos

Detalle: _____

PRESTACIÓN NIVEL II

ÁREA MÉDICA:

HISTORIAS CLÍNICAS

EN PAPEL

ELECTRÓNICA

UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (UTI):

PLANTEL MÉDICO

Cantidad de: Médicos/as de planta: _____

Médicos/as de guardia: _____

ESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO:

SI NO

Monitores multiparamétrico por cama:

Número: _____

Electrocardiógrafos

Número: _____

Cardiodesfibriladores

Número: _____

Marcapasos cardíaco interno transitorio y electrodos

Número: _____

Respirador mecánico microprocesado

Número: _____

Bombas de infusión continua

Número: _____

Bombas de alimentación para el 50% de las camas

Número: _____

UNIDAD CORONARIA (UCO):

SI NO

Equipamiento

Monitores multiparamétricos

Número: _____

PRESTACIÓN NIVEL II

Monitorización hemodinámica

Número: _____

Electrocardiógrafo

Número: _____

Cardiodesfibrilador

Número: _____

Marcapaso cardíaco interno transitorio y electrodos

Número: _____

Respirador mecánico microprocesado

Número: _____

Bombas de alimentación

Número: _____

Bombas de infusión continua

Número: _____

Material de pericardiocentesis

Número: _____

Balón de contrapulsación con tubo de helio cargado

Número: _____

Soporte mecánico ventricular

Número: _____

QUIRÓFANO:

Cantidad: _____

SI NO

Los quirófanos están conectados entre sí para la circulación del personal

Detalle: _____

Oxígeno y aspiración central

Número: _____

PRESTACIÓN NIVEL II

Equipo de cardioversión

Número: _____

Herméticos al exterior

Con climatización invierno-verano con filtrado de aire no

recirculado (Filtro HEPA)

Carro de paro con medicación y material descartable adecuado

Número: _____

EMERGENCIAS:

SI NO

- Consultorio o box equipado con:

Camilla

ECG

Oxígeno

Cardiodesfibrilador

Saturómetro

Ambu

Equipamiento y lugar necesario para reanimar un paciente crítico

Entrada de camillas directo desde acceso ambulancias sin atravesar otras

áreas

Sala de reanimación - Shock room

Sala de observación

HEMOTERAPIA:

RESPONSABLE DEL SERVICIO

Apellido y Nombre : _____

Matrícula : _____

CLASIFICACIÓN DEL SERVICIO:

UNIDAD TRANSFUSIONAL
 BANCO DE SANGRE S/S

UNIDAD TRANS. C/ DONANTES
 BANCO DE SANGRE C/S



DECLARACIÓN JURADA PARA OFRECIMIENTO DE SERVICIOS

PRESTACIÓN NIVEL II

PROPIO
TERCERIZADO
MIXTO

INTERNO
EXTERNO
MIXTO

LABORATORIO:

RESPONSABLE DEL SERVICIO

Apellido y Nombre : _____

Matrícula : _____

CLASIFICACIÓN DEL SERVICIO

PROPIO
TERCERIZADO
MIXTO

INTERNO
EXTERNO
MIXTO

INFORMES DE LABORATORIO

EN PAPEL

ELECTRÓNICO

EQUIPAMIENTO:

MANUAL

AUTOMÁTICO

MIXTO

Detalle: _____

FUNCIONALIDAD

Guardias activas, si es propia, las 24 hs (III y IV Nivel de resolución)

Detalle: _____

ESTERILIZACIÓN

RESPONSABLE DEL SERVICIO

Apellido y Nombre : _____

Especialidad : _____ Matrícula : _____

PROCESOS DE ESTERILIZACIÓN

	ROPIO / TERCERIZADO	Observaciones
<input type="checkbox"/> CALOR SECO

PRESTACIÓN NIVEL II

- CALOR HÚMEDO
- ÓXIDO DE ETILENO
- OTROS

	SI	NO
Central única	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermética al exterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Localización en área semirestringida con ingreso independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FARMACIA:

DEPOSITO FARMACIA FARMACIA HABILITADA

RESPONSABLE DEL SERVICIO

Apellido y Nombre: _____

Especialidad : _____ **Matrícula :** _____

PLANTA FÍSICA

	SI	NO
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN		
Grupo electrógeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene grupo electrógeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es de arranque y transferencia automática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACCESIBILIDAD

Acceso franqueable desde el exterior, sin barreras arquitectónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Circulaciones internas sin barreras arquitectónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escaleras principales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con tramos rectos de no más de 12 alzadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con terminaciones antideslizante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ascensor camillero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ascensor para público independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DECLARACIÓN JURADA PARA OFRECIMIENTO DE
SERVICIOS

PRESTACIÓN NIVEL II



DECLARACIÓN JURADA PARA OFRECIMIENTO DE SERVICIOS

TRASLADOS PROGRAMADOS

DATOS

Prestador/ Oferente: _____ CUIT: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Mail: _____ UGL: _____

RECURSOS HUMANOS :

SI NO

Director médico

N° de resolución de nombramiento y año _____

Enfermeros (cantidad): _____

Auxiliares de Enfermería (cantidad): _____

Choferes (cantidad): _____

Auxiliares del conductor (cantidad): _____

SERVICIO OFRECIDO:

	SI	NO
Traslado de afiliado autovalido		
Traslado de afiliado en silla de ruedas		
Traslado de afiliado en camilla o tabla rígida		
Traslado de afiliado en ambulancia común con medico		
Traslado de afiliado en unidad de terapia intensiva móvil		
Traslado de afiliado en unidad de terapia intensiva móvil neonatal/ pediátrica		
Traslado de afiliado obeso en unidad de terapia intensiva para pacientes con obesidad		

OFERTA PRESTACIONAL CAPACIDAD PRESTACIONAL OFRECIDA (EN MOVILES):

	Número
Traslado de afiliado autovalido	
Traslado de afiliado en silla de ruedas	
Traslado de afiliado en camilla o tabla rígida	
Traslado de afiliado en ambulancia común con medico	
Traslado de afiliado en unidad de terapia intensiva móvil	
Traslado de afiliado en unidad de terapia intensiva móvil neonatal/ pediátrica	
Traslado de afiliado obeso en unidad de terapia intensiva para pacientes con obesidad	

TRASPLANTE

DATOS:

Prestador/ Oferente: _____ CUIT: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Mail: _____ UGL: _____

Teléfono:Correo electrónico:.....UGL:

Trasplante a realizar *

Cardiaco

Cornea

Hepático

Renal

Otros (aclarar) _____

**Se deberá realizar una declaración jurada por cada servicio de trasplante.*

Convenio con servicio de emergencias para traslado de pacientes descompensados.

SI / NO

Inscripción como generador de residuos patogénicos

SI / NO

Equipo de Trasplante:

Profesional	Nombre y Apellido	Especialidad	N° de matrícula	N° SSS	Validación por INCUCAI (*)
Director Médico					
*Jefe de equipo de trasplante.					
*Subjefe equipo de trasplante					
Cirujano vascular					
Cirujano general					
Especialista					
Especialista					
**Médico de referencia					
*Médico/s integrante/s del equipo					
Infectólogo					

TRASPLANTE

Anátomo patólogo					
Psicopatólogo					
Otros:					

(*) Los profesionales deberán haber acreditado su participación activa por 2 (dos) años en el control de pacientes trasplantados, en un servicio con actividad constante y que realice no menos de 12 (doce) trasplantes anuales o con una experiencia en más de 24 (veinticuatro) trasplantes renales. Esta capacitación debe adquirirse con una anterioridad no mayor a 5 (cinco) años a la fecha de solicitud de autorización para la práctica.

Los pediátricos deben tener antecedentes similares que los de adultos

Nota: Todo cambio en equipo profesional debe ser informado con 48 horas de antelación, ya sea bajas y/o incorporaciones, en forma fehaciente.

**El médico de referencia deberá residir a no más de 200 km del servicio de Tx. Deberá además acreditar una experiencia en el seguimiento de pacientes Tx. no inferior a 3 (tres) meses en servicios de Tx. con más de 12 (doce) Tx. anuales ó haber participado en el seguimiento de no menos de 10 (diez) pacientes Tx. en los últimos 2 (dos) años.

RECURSOS FISICOS

SI NO

Area Cirugia

Dos quirófanos de cirugía no contaminante, contiguos y con posibilidad de uso simultáneos

Estado operativo las 24 horas del día, los 365 días del año

Clínica Médica

Area de internación específica

UTI

Area de internación

Area de aislamiento

Nefrología (en caso de trasplante renal)

Servicio de diálisis en el establecimiento

Cardiología con guardia activa de 24 horas

Hemoterapia con guardia activa de 24 horas

Diagnóstico por imágenes

Radiología

Ecodoppler

Cámara Gamma

TAC

TRASPLANTE

Laboratorio

Análisis histoquímicos

Análisis infectológicos

Análisis inmunológicos

Dosaje de drogas

Toda la información consignada precedentemente tiene carácter de DECLARACION JURADA, estando sujeta en todo momento que el INSSJP lo considere a la AUDITORIA por parte del mismo.

Para el supuesto de falsear y/o adulterar y/u ocultar los datos e información que surjan de la presente Declaración Jurada; al igual que las firmas incorporadas al presente documento, se procederá sin más, a efectuar las denuncias administrativas y judiciales criminales pertinentes, con la correspondiente extensión de la responsabilidad a todos los directivos en forma personal que forman parte del cuadro societario y/o gerencial de la Institución en particular; todo ello, conjuntamente con la consecuentes acciones resarcitorias que pudieran ser de aplicación, conforme la notoriedad y gravedad de los daños y perjuicios generados al INSSJP y sus beneficiarios, objeto de la atención.-

Lugar y Fecha

Firma

Aclaración

Director Médico:

Firma

Sello



Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Hoja Adicional de Firmas
Anexo

Número:

Referencia: EX-2024-73403583- -INSSJP-GPM#INSSJP – ANEXO I - MODIFICA RESOL-2018-1120-INSSJP-DE#INSSJP REGLAMENTO del PORTAL DE PRESTADORES Y PROVEEDORES

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 51 pagina/s.

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.08.05 18:38:04 -03:00

Digitally signed by GESTION DOCUMENTAL
ELECTRONICA - GDE
Date: 2024.08.05 18:38:06 -03:00