***REQUISITOS PARA LA OBTENCION DE LA RESOLUCION ADMINISTRATIVA DE HABILITACION PARA EL FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE***

***SALUD ODONTOLOGICOS***

*Los Requisitos para la obtención de la Resolución Administrativa de Habilitación para el funcionamiento de Establecimientos de Salud Oral de nueva creación son:*

1. ***Memorial elaborado por un Abogado*** *dirigido al director técnico del Servicio Departamental de Salud solicitando la* ***Resolución Administrativa de Habilitación*** *para el funcionamiento del establecimiento de salud Odontológico,* ***describiendo su razón social, tipo de establecimiento, ubicación exacta y los servicios que ofertan (especialidad si cuenta)***
2. *Fotocopia de Cedula de Identidad del propietario y de las o los profesionales que trabajan en el establecimiento de Salud (****Adjuntar original para su Cotejo****)*
3. *Informe de categorización del establecimiento del consultorio público o privado (sub unidad de salud oral)*
4. *Informe de inspección de ambientes públicos o privados (sub unidad de infraestructura)*
5. *Plano de funcionamiento* ***con razón social*** *del establecimiento de Salud Odontológico y dependencias más croquis de ubicación en escala 1.50 elaborado por un arquitecto colegiado (tamaño mínimo del consultorio 16 mt cuadrados)*
6. *Fotocopia de la Matricula Profesional del o los profesionales que trabajan en el establecimiento de Salud (Adjuntar original para su Cotejo)*
7. *Fotocopia de Carnet del Colegio de Odontólogos de o los profesionales que trabajan en el establecimiento de Salud (****Adjuntar original para su Cotejo****)*
8. *Fotocopia Registro Profesional Institucional SEDES Ministerio de Salud del o los profesionales que trabajan en el establecimiento de Salud (****Adjuntar original para su Cotejo****)*
9. ***Fotocopia Legalizada del título en Provisión Nacional*** *del o los profesionales que trabajan en el establecimiento de Salud Oral.*
10. ***Fotocopia simple del Diploma Académico*** *de**profesionales que trabajan en el establecimiento de Salud Oral*
11. ***Fotocopia legalizada del Título de Especialista*** *del o los profesionales que trabajan en el Establecimiento con especialidad*
12. *Fotocopia* ***Resolución Administrativa del S.S.S.R.O.*** *del o los profesionales que trabajan en el establecimiento de Salud (****Adjuntar original para su Cotejo****)*
13. *Certificado de Manejo de la Gestión de Residuos Sólidos Generados en Establecimientos de Salud y Bioseguridad* ***COSBES – SEDES***
14. *Fotocopia de Contrato con la Empresa Municipal de recojo de basura (por ejm. EMSA) (****Adjuntar original para su Cotejo****)*
15. *Detalle de prestaciones que el establecimiento de salud otorga con la firma del interesado.*
16. *Inventario del Instrumental básico de exploración (Deberá tener como mínimo 6 bandejas, 6espejos ,6 pinzas, 6 exploradores y el resto del instrumental 1 pieza como mínimo por profesional que trabaje en el establecimiento de salud.*
17. *Inventario de equipos con la firma del interesado*
18. *Fotocopia Certificado del Instituto Boliviano de Ciencia y Tecnología Nuclear* ***IBTEM (****solo para Gabinete de RAYOS X) (****Adjuntar original para su Cotejo****)*
19. *Los Formularios completamente llenados.*

***I.a.*** *Formulario de Registro Habilitación y Registro Único de Establecimiento de*

*Salud Oral. (Anexo 2)*

***II. b.***  *Formulario Registro de Inmunizaciones. (Anexo 3)*

Telf..: 4221889 - 4221891 int. 115

**SUB UNIDAD DE ODONTOLOGIA**

***REQUISITOS PARA LA OBTENCION DE LA RESOLUCION ADMINISTRATIVA DE ACTUALIZACION PARA EL FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE***

***SALUD ODONTOLOGICOS***

*Los Requisitos para la obtención de la Resolución Administrativa de Actualización para el funcionamiento de Establecimientos de Salud Oral son:*

1. ***Memorial elaborado por un Abogado*** *dirigido al director técnico del Servicio Departamental de Salud solicitando la* ***Resolución Administrativa de Actualización*** *para el funcionamiento del establecimiento de salud Odontológico,* ***describiendo su razón social, tipo de establecimiento, ubicación exacta y los servicios que ofertan (especialidad si se implementó en relación a la habilitación)***
2. *Fotocopia de Cedula de Identidad del propietario y de las o los profesionales que trabajan en el establecimiento de Salud (****Adjuntar original para su Cotejo****)*
3. *Informe de categorización del establecimiento de salud Oral consultorio público o privado (sub unidad de salud oral)*
4. *Informe de inspección de ambientes públicos o privados (sub unidad de infraestructura)*
5. *Plano de funcionamiento* ***con razón social*** *del establecimiento de Salud Odontológico y dependencias más croquis de ubicación en escala 1.50 elaborado por un arquitecto colegiado (tamaño mínimo del consultorio 16 mt cuadrados) para establecimientos que no presentaron este requisito en gestiones anteriores, o que sufrieron alguna modificación.*
6. ***Fotocopia Legalizada del título en Provisión Nacional*** *del o los profesionales que trabajan en el establecimiento de Salud Oral.*
7. ***Fotocopia simple del Diploma Académico*** *de profesionales que trabajan en el establecimiento de Salud Oral que no presentaron este requisito en gestiones anteriores.*
8. ***Fotocopia legalizada del Título de Especialista*** *del o los profesionales que trabajan en el Establecimiento con especialidad que no presentaron este requisito en gestiones anteriores.*
9. *Certificado de Manejo de la Gestión de Residuos Sólidos Generados en Establecimientos de Salud y Bioseguridad* ***COSBES – SEDES***
10. *Fotocopia de Contrato con la Empresa Municipal de recojo de basura (por ejm****. EMSA)*** *(****Adjuntar original para su Cotejo****)*
11. *Fotocopia Certificado del Instituto Boliviano de Ciencia y Tecnología Nuclear* ***IBTEM (****solo para Gabinetes de RAYOS X) (****Adjuntar original para su Cotejo****)*
12. *Los Formularios completamente llenados.*

***I.a.*** *Formulario de Registro Habilitación y Registro Único de Establecimiento de*

*Salud Oral. (Anexo 2)*

***II. b.***  *Formulario Registro de Inmunizaciones. (Anexo 3)*

Telf..: 4221889 - 4221891 int. 115

**SUB UNIDAD DE ODONTOLOGIA**

**ANEXO 4**

**FORMULARIO DE HABILITACIÒN Y REGISTRO ÚNICO**

Uso Exclusivo del SEDES

**Número de Expediente:**

**DECLARACIÓN JURADA DEL PROPIETARIO Y/O REPRESENTANTE**

**LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO ODONTOLÓGICO Y GABINETES DE RX DENTALES**

Yo: …………………………………………………………… hábil por derecho, con cédula de identidad Nº…………………. extendida en la ciudad de: …………… Declaro bajo juramento que los datos contenidos en la presente formulario de habilitación del establecimiento denominado: ……………………………………………………. y las fotocopias presentadas.

Son verídicos, los cuales pueden comprobarse previamente a obtener la RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA DE HABILITACIÓN PARA EL FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS ODONTOLÓGICOS Y GABINETES DE RX DENTALES, quedando sujeto a las disposiciones del Código de Salud y revisión que crea pertinente la Subunidad de Salud Oral del Servicio Departamental de Salud de Cochabamba, en relación a lo expuesto en el presente formulario.

Lugar y Fecha: ………………………………………………………………..

Firma del Profesional Responsable

Sello

(Con Nº de Matricula profesional)

**ANEXO 2**

**FORMULARIO DE HABILITACIÓ**

**N Y REGISTRO ÚNICO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ORAL**

Uso Exclusivo del SEDES

**Número de Expediente:** **Categoría del Establecimiento de Salud Oral:**

**Instrucciones**: Señor (a) Propietario, Representante Legal, Administrador o Director del establecimiento, lea cuidadosamente está guía llénela y firmando presente ante las autoridad correspondiente, junto con sus respectivas fotocopias. No se recibirán expedientes incompletos.

**IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO ODONTOLÓGICO Y RESPONSABILIDAD LEGAL**

(INFORMACION GENERAL)

1. Razón social del Establecimiento:
2. Horario de servicio: AM (de       a      Hrs.); PM (de       a      Hrs.)
3. Días de atención:
4. Dirección del establecimiento:
5. Dirección para recibir notificaciones:
6. Municipio:
7. Departamento:
8. Teléfono (s):
9. Fax:
10. Correo electrónico:
11. Nombre del propietario:
12. Nombre del representante legal:
13. Nombre del profesional responsable:
14. Título académico expedido en:
15. Titulo en provisión nacional expedido en:
16. Carnet de identidad:

**ANEXO 3**

**FORMULARIO REGISTRO DE INMUNIZACIONES**

Uso Exclusivo del SEDES

**II. Datos Personales**

1. Nombre y apellidos completo:
2. Carnet de identidad:
3. Dirección:
4. Zona
5. :
6. Municipio:
7. Departamento:
8. Teléfono (s):
9. Correo electrónico:

**II. Registro de inmunizaciones**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vacunas** | **Fecha** | **Institución proveedora** |
| Hepatitis B |  |  |
| Tétanos |  |  |

Declaro que lo que suscribo es verdad.

Fecha:

Firma del Profesional Responsable

Sello

(Con Nº de Matricula profesional)

**Artículo 18.- (REQUISITOS PARA LA OBTENCIÓN DE LA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA DE HABILITACIÓN PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LABORATORIO DE PROTESIS DENTAL).-**

Los Requisitos para la obtención de la Resolución Administrativa de Habilitación para el Funcionamiento de Laboratorios de Prótesis Dental, son los siguientes**:**

1. Memorial elaborado por un Abogado, dirigido al director técnico del Servicio Departamental de Salud, solicitando la Resolución Administrativa de habilitación para el funcionamiento del laboratorio de Prótesis Dental, describiendo su razón social, la ubicación exacta y los servicios que ofertan.
2. Fotocopia del Título legalizado o Certificaciones que avalé su situación profesional del o los técnicos protesistas que trabajan en el Laboratorio de Prótesis Dental (Adjuntar original para su cotejo).
3. Fotocopia Titulo en Provisión Nacional del o los técnicos protesistas que trabajan en el Laboratorio de Prótesis Dental (Opcional) (Legalizado por la institución emisora).
4. Fotocopia de Carnet de Registro en la Asociación de Protesistas Dentales de Cochabamba del o los técnicos protesistas que trabajan en el Laboratorio de Prótesis Dental (Adjuntar original para su cotejo).
5. Fotocopia Registro Profesional Institucional SEDES, (Adjunto original para su cotejo).
6. Fotocopia Carnet de Identidad vigente del o los técnicos que trabajan en el establecimiento de Salud. (Adjunto original para su cotejo).
7. Certificado de Gestión de Residuos Sólidos generados en Establecimientos de Salud y Bioseguridad, expedido por la Subunidad COSBES - SEDES.
8. Detalle de prestaciones que el laboratorio de Prótesis Dental oferta, con la firma del interesado.
9. Inventario del Instrumental Básico que utilizan en el Laboratorio de Prótesis Dental, con la firma del interesado.
10. Inventario de equipos y mobiliario, con la firma del interesado.
11. Plano demostrativo de ubicación del Laboratorio de Prótesis Dental, con la distribución de ambientes y aspectos sanitarios más Croquis de ubicación en escala de 1:50, elaborado por arquitecto colegiado. (Visado por la Subunidad de Infraestructura del SEDES)
12. Los formularios completamente llenados:

**I. a.** Formulario de Registro Único de Habilitación para el Funcionamiento. (Anexo 2)

**I. b.** Formulario de Declaración Jurada del Propietario y/o Representante Legal. (Anexo 3)

Telf..: 4221889 - 4221891 int. 115

**SUB UNIDAD DE ODONTOLOGIA**