

Nº ORDEN DE PROCEDIMIENTO	70
DENOMINACIÓN DEL PROCEDIMIENTO	AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE CENTRO DE ATENCIÓN PARA DEPENDIENTES A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y OTRAS DEPENDENCIAS
REQUISITOS A PRESENTAR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud dirigida al director regional de salud DIRES-SM con atención al director de DIREFISSA, con carácter de declaración jurada, que contenga en N° de RUC o DNI por el representante legal o propietario. 2. Copia legalizada del Testimonio de la Escritura Pública de Constitución, que contendrá el nombre del representante legal. 3. Ficha de Registro Único del Contribuyente, RUC. 4. Plano de ubicación del Centro de Atención firmado por un Ing. Civil colegiado y habilitado. 5. Plano de distribución de áreas y servicios del Centro de Atención (metrado) firmado por un Ing. Civil colegiado y habilitado. 6. Memoria descriptiva firmado por un Ing. Civil colegiado y habilitado. 7. Copia del Certificado o constancia de Zonificación y/o Certificado de Compatibilidad de Uso del lugar donde funcionará la Comunidad terapéutica, otorgado por la municipalidad de la jurisdicción. 8. Copia legalizada del título de propiedad del inmueble, contrato de arrendamiento o cesión de uso. 9. Programa Terapéutico que especificará como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Objetivo ✓ Rango de edad y sexo de la población objetivo ✓ Servicios a ofertar ✓ Horario de atención ✓ Programa de rehabilitación: describirá las actividades terapéuticas y otras que se vayan a ejecutar, las que incluirán laborterapia y talleres. 10. Manual de Procedimientos: deberá describir los procesos que seguirá la Comunidad Terapéutica desde el ingreso hasta el alta del usuario, conforme al programa terapéutico y de rehabilitación. 11. Reglamento Interno: deberá especificar las reglas de funcionamiento de la Comunidad Terapéutica. 12. Copia del formato de “Contrato Terapéutico” que suscribirá la Comunidad Terapéutica con el usuario o tutor o curador o mandatario judicial; y del familiar, ascendientes o descendiente, cónyuge o hermano(a), u otra persona designada por el usuario que apoye el tratamiento comunitario a recibir. 13. Relación del personal que laborará en la Comunidad Terapéutica para su funcionamiento y atención, especificando sus responsabilidades y/o cargos asignados. 14. Copia legalizada del título profesional, copia simple del Documento Nacional de Identidad - DNI, y habilitación profesional del Director General y Director Médico. 15. Copia legalizada del título profesional, DNI y habilitación profesional de los integrantes del equipo multidisciplinario y, los registros de especialistas en el caso que corresponda. 16. Copia del DNI y documentación del personal técnico y administrativo que acredite su idoneidad para el ejercicio del cargo asignado. 17. Copia legalizada de la constancia de desratización y desinsectación por empresa autorizada por la DIRES/SM. 18. Certificado negativo de antecedentes penales de todo el personal de la Comunidad Terapéutica. 19. Certificado de capacitación de los Consejeros extendido por instituciones públicas o privadas 20. Certificado de salud mental de los Consejeros otorgados por dependencias especializadas del Sector Salud. 21. Copia simple de la inscripción ante el Registro Nacional de Consejeros del Sector Salud. 22. Boleta original de depósito en el Banco de la Nación al N° de cuenta 0-531-012593.
OFICINA QUE REALIZA EL TRÁMITE	<p>CIUDAD: MOYOBAMBA Dirección Regional de Salud de San Martín - DIREFISSA</p> <p>HORARIO DE ATENCIÓN : 07:30 – 15:30 HRS DIRECCIÓN : AV. GRAU S/N CDRA 1 (EX – PRONNA) TELÉFONO : 042-563113 ANEXO: 110</p>
DERECHO DE TRAMITACIÓN S/.	S/. 384.40