

I. COMUNIDAD DE MADRID

C) Otras Disposiciones

Consejería de Sanidad

- 9** *RESOLUCIÓN de 14 de febrero de 2017, de la Dirección General de Inspección y Ordenación, por la que se ordena la publicación del modelo de impreso de “Comunicación de variación de plantilla sanitaria”.*

El Decreto 51/2006, de 15 de junio, del Consejo de Gobierno, Regulador del Régimen Jurídico y Procedimiento de Autorización y Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad de Madrid, procedió a establecer el procedimiento a seguir para la obtención de la autorización administrativa para la instalación, así como para las modificaciones y alteraciones sustanciales en su estructura y régimen inicial, autorización administrativa para su funcionamiento y autorización de cierre, por parte de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, cualquiera que sea su nivel, categoría o titular ubicados en la Comunidad de Madrid.

Posteriormente, por Resolución de 6 de mayo de 2011, se publicó el impreso normalizado de “Solicitud de Autorización de Centros y Servicios Sanitarios” (BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID número 127, de 31 de mayo).

Sin embargo dicho impreso no contemplaba las comunicaciones que deben efectuar los centros, servicios y establecimientos sanitarios cuando se produce una variación en su plantilla sanitaria, por lo que se considera necesario disponer de un nuevo formulario que permita realizar dicha comunicación, facilitándose con ello a los interesados la realización de dicho trámite.

El criterio 14.h) del Anexo Único del Decreto 85/2002, de 23 de mayo, por el que se regulan los sistemas de evaluación de calidad de los servicios públicos y se aprueban los Criterios de Calidad de la Actuación Administrativa en la Comunidad de Madrid, establece la obligación de publicar en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID por resolución del órgano correspondiente, los impresos normalizados de procedimientos administrativos, previo informe de la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano.

En virtud de la normativa citada y demás de pertinente aplicación, en el ejercicio de las competencias atribuidas,

RESUELVO

Único

Publicación de impresos

Ordenar la publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID del modelo de impreso que se adjunta como Anexo a los efectos regulados en el artículo 12.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, correspondiente a “Comunicación de variación de plantilla sanitaria”.

Madrid, a 14 de febrero de 2017.—El Director General de Inspección y Ordenación, Adolfo Ezquerro Canalejo.



Dirección General de Inspección y Ordenación
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

Comunicación de variación de plantilla sanitaria

1.- Tipología del centro:

<input type="radio"/>	Centro, Servicio o Establecimiento Sanitario	<input type="radio"/>	Centro de reconocimiento destinado a verificar las aptitudes psicofísicas de los conductores
-----------------------	--	-----------------------	--

2.- Datos del Centro:

Tipo de vía	Nombre vía				Nº		
Piso	Puerta	CP	Localidad		Provincia	Madrid	
Número del Registro Sanitario							

3.- Datos de el/la Titular del Centro:

NIF	Nombre/ Razón Social (*)					
Apellidos (*)				Teléfono		
Tipo de vía	Nombre vía				Nº	
Piso	Puerta	Localidad		Provincia		
Nombre comercial			Correo electrónico			

(*) Consigne nombre y apellidos en caso de persona física, o Razón Social en caso de persona jurídica.

4.- Datos de el/la Representante del Centro:

NIF	Nombre					
Apellidos				Teléfono		
Tipo de vía	Nombre vía				Nº	
Piso	Puerta	Localidad		Provincia		
Correo electrónico						

5.- Medio de notificación:

La notificación se realizará por medios electrónicos, a través del servicio de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid, para lo cual previamente deberá estar dado de alta.

6.- Profesionales Sanitarios:

<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Director Técnico (*)	<input type="checkbox"/>	Director Asistencial (*)
NIF/NIE		Nombre					
Apellidos				Fecha de Nacimiento			
Nacionalidad		Profesión Sanitaria					

(*) Con independencia del alta o baja en la plantilla, si el profesional sanitario es también el Director Técnico o Asistencial debe marcarse dicho campo

<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Director Técnico (*)	<input type="checkbox"/>	Director Asistencial (*)
NIF/NIE		Nombre					
Apellidos				Fecha de Nacimiento			
Nacionalidad		Profesión Sanitaria					

<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Director Técnico (*)	<input type="checkbox"/>	Director Asistencial (*)
NIF/NIE		Nombre					
Apellidos				Fecha de Nacimiento			
Nacionalidad		Profesión Sanitaria					



Dirección General de Inspección y Ordenación
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Director Técnico (*)	<input type="checkbox"/>	Director Asistencial (*)
NIF/NIE			Nombre				
Apellidos						Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad			Profesión Sanitaria				

<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Director Técnico (*)	<input type="checkbox"/>	Director Asistencial (*)
NIF/NIE			Nombre				
Apellidos						Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad			Profesión Sanitaria				

<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Director Técnico (*)	<input type="checkbox"/>	Director Asistencial (*)
NIF/NIE			Nombre				
Apellidos						Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad			Profesión Sanitaria				

<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Director Técnico (*)	<input type="checkbox"/>	Director Asistencial (*)
NIF/NIE			Nombre				
Apellidos						Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad			Profesión Sanitaria				

<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Director Técnico (*)	<input type="checkbox"/>	Director Asistencial (*)
NIF/NIE			Nombre				
Apellidos						Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad			Profesión Sanitaria				

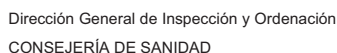
<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Director Técnico (*)	<input type="checkbox"/>	Director Asistencial (*)
NIF/NIE			Nombre				
Apellidos						Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad			Profesión Sanitaria				

<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Director Técnico (*)	<input type="checkbox"/>	Director Asistencial (*)
NIF/NIE			Nombre				
Apellidos						Fecha de Nacimiento	
Nacionalidad			Profesión Sanitaria				

7.- Documentación requerida en las incorporaciones de profesionales sanitarios:

La Comunidad de Madrid consultará, por medios electrónicos, los datos de los siguientes documentos, excepto que expresamente desautorice la consulta (*)	No autorizo la consulta y aporoto documento
En caso de persona física: NIF del titular/es	<input type="checkbox"/>
En caso de persona jurídica: NIF del representante	<input type="checkbox"/>
Títulos académicos de los profesionales sanitarios	<input type="checkbox"/>

(*) En aplicación del artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.



Documentos que se acompañan a la solicitud	
En su caso, certificado actual de colegiación expedido por el Colegio Profesional correspondiente	<input type="checkbox"/>
Póliza de responsabilidad civil de los profesionales sanitarios, así como recibo actualizado de su pago	<input type="checkbox"/>

--

--

