

REQUERIMIENTOS PARA HABILITACIÓN, CAMBIO DE DOMICILIO O RENOVACIÓN DE CONSULTORIO

Costo: declarado en nomenclador vigente

Cuota de ejercicio profesional al día
Contar con el legajo actualizado y credencial digital
No mantener deuda con el colegio bajo ningún concepto

Para diagnóstico, tratamiento y atención virtual
Contar con un año mínimo de antigüedad en la matrícula profesional.

VIGENCIA DE LA HABILITACIÓN

Matriculados categoría A: Profesional Universitario. Se habilita por 3 años

Para el profesional con título de grado Universitario, la habilitación de consultorio se procede inmediatamente luego de cumplimentada la documentación exigida.

Matriculados categoría B: Profesional No universitario

- Se realizará la habilitación de consultorio por un año. Instándolo a iniciar el ciclo de complementación de Licenciatura.
- Al profesional que se encuentre cursando el segundo semestre del Ciclo de Complementación Universitario en Psicopedagogía, se le realizará habilitación de consultorio por 2 años, hasta obtener el título de grado.

DOCUMENTACIÓN POR PRESENTAR:

- Constancia ARCA- DGR (rentas) CV Nominal y certificaciones en clínica- Póliza de seguro de Praxis médica y apto psicofísico vigente.
- Analítico provisorio de materias aprobadas del ciclo universitario.
- Ante posible baja en ciclos de complementación, se habilitará por 1 año
- En ambos supuestos, cuando se trate de una primera habilitación, la persona solicitante deberá contar con un/a formador/a clínico/a.
- El/la formador/a deberá poseer título de Licenciado/a y acreditar ejercicio profesional en el ámbito clínico durante los últimos tres (3) años consecutivos a la fecha de la solicitud de habilitación.
- Se deberá firmar un acta acuerdo entre las partes, mediante el cual el/la formador/a asumirá el compromiso de acompañar y supervisar el proceso diagnóstico y el abordaje terapéutico de los/las pacientes, por un plazo de seis (6) meses, o hasta tanto convalide que el/la profesional se encuentra en condiciones de ejercer de manera autónoma.

PARA TENER EN CUENTA

- Se habilita/ o renueva al profesional en la dirección que manifiesta en el formulario (1) adjunto.
- Si se comparte consultorio, cada profesional deberá gestionar su habilitación.
- Si un profesional de la Psicopedagogía atiende un paciente en consultorio para completar horas de Integración Escolar, debe habilitar su espacio.
- Para realizar atención virtual, el matriculado debe estar habilitado.
- Para cambio de domicilio o renovación presentar recibo de pago emitido por tesorería del Colegio Profesional más apto psicofísico vigente y seguro de prácticas médicas o Praxis Profesional.
- La Renovación será automática cuando el profesional presente toda la documentación.

FORMULARIO 1

DATOS PERSONALES DEL PROFESIONAL									
APELLIDO Y NOMBRES:									
MATRICULA N°:		CATEGORÍA:	A	TÍTULO:					
			B	INSTITUCIÓN:					
DOMICILIO DEL CONSULTORIO					LOCALIDAD				
ESPACIO QUE DESEA HABILITAR (Marcar con una cruz)									
CONSULTORIO		ESPACIO INTEGRACION ESCOLAR				ESPACIO DE TALLER			
TELEFONO			MAIL:						
DIAS Y HORARIO DE ATENCIÓN									
GRUPO ETARIO QUE ATIENDE:									
PAGO DEL TRAMITE				(Enviar comprobante de transferencia a tesorería@cpps.org.ar)			Fecha: RECIBO N°		
							Adjuntar recibo		
							IMPORTE:		
DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR									
CONSTANCIA ARCA		CONSTANCIA RENTAS			FECHA DE ALTA				
RNP (solo para categoría A)		N°		FECHA DE VENCIMIENTO:					
FIRMA ACTA FORMADOR CLINICO (Todo matriculado que se inicia en el ámbito clínico)				NOMBRE:					
				MATRICULA PROFESIONAL N°					
TIPO DE TRÁMITE (Marcar con una X según corresponda)						HABILITACIÓN CAMBIO DE DOMICILIO RENOVACIÓN			
SEGURO DE PRÁCTICAS PROFESIONALES MEDICAS				VENCIMIENTO					
				EMPRESA					
CURRICULUM VITAE NOMINAL				CERTIFICACIONES FORMACIÓN CLÍNICA					
APTO FISICO		MÉDICO CLINICO							
Completar ficha adjunta		PSICOLOGO							
FOTOCOPIA DEL ULTIMO CERTIFICADO DE HABILITACIÓN									



REQUISITOS EDIFICIOS		
A COMPLETAR POR EL HABILITADOR		
VENTILACIÓN		
SANITARIOS		
SALA DE ESPERA		
MEDIDAS BÁSICAS DEL CONSULTORIO (Aproximadamente 4X3)		
EXPONER EN LA PARED	TÍTULO PROFESIONAL	
	INSCRIPCIONES EN ARCA Y RENTAS DE LA PROVINCIA	
	NOMENCLADOR DE PRÁCTICAS PROFESIONALES	
EXPONER EN LA ENTRADA PRINCIPAL: PLACA IDENTIFICATORIA AMURADA CON NOMBRE Y APELLIDO, TÍTULO CON EL CUAL ESTÁ REGISTRADO EN LA MATRÍCULA.		
EQUIPAMIENTO		
MOBILIARIO		
MATERIAL DE TRABAJO: JUEGOS, JUGUETES, ELEMENTOS DE LIBRERÍA. (Dependiendo de la línea de trabajo de cada profesional)		
BATERIA DE PRUEBAS QUE UTILIZA:	CHECKLIST – HOJA CONTINUA	

El material debe ser adecuado según grupos etarios de trabajo (niños, jóvenes, adultos) Acorde a la orientación profesional que se propone.

**Firma y sello
Profesional solicitante**

PARA SER COMPLETADO POR EL COLEGIO PROFESIONAL		
No habilitado	Observaciones:	
Habilitado	CATEGORIA	FECHA
		VENCIMIENTO



Firma y sello Habilitador

Listado de Pruebas

Área	Nombre	SI	Area	Nombre	SI
Neuropsicológicos	WISC -IV		Atención	CARAS R	
	WISC -V			d 2	
	WPPSI- IV			d 2 R	
	WAIS - IV			TDAH 5	
	NEPSY-II		Memoria	TOMAL	
	BANETA			TAVEC	
	RIAS Y RIST		Personalidad	SENA	
	NEUROPSI 2			SPECI	
	CUMANIN 2		Percepción Visual	BENDER	
	CUMANES			BENDER 2	
	LEITER 3		Desarrollo	REY	
Inteligencia	RAVEN ESCALA GENERAL			BRIEF-P	
	RAVEN ESCALA COLOREADA			TADI	
	K BIT			BAYLEY III	
	RAVEN 2		Funciones ejecutivas	ENFEN	
Autismo	ADOS II			WISCONSIN	
	ADI-R			BRIEF 2	
	PERFIL SENSORIAL 2			STROOP	
	PERFIL SENSORIAL 2			BRIEF -A	

[illegible]

CERTIFICADO DE APTITUD FISICA

Certifico que _____, con DNI N° _____, ha sido examinado el día de la fecha y de acuerdo a su estado de salud, se encuentra _____ físicamente para trabajar en consultorio ejerciendo su profesión.

OBSERVACIONES:

.....

Fecha:

Firma y sello del médico clínico

CERTIFICADO DE APTITUD PSICOLÓGICO

Certifico que _____, con DNI N° _____, ha sido examinado el día de la fecha y de acuerdo a su estado de salud PSICOLÓGICA, se encuentra _____ para trabajar en consultorio ejerciendo su profesión.

OBSERVACIONES:

.....

Fecha:

Firma y sello del Psicólogo

ACUERDO ENTRE FORMADOR CLINICO Y PSICOPEDAGOGO/A ADJUNTO

En la Ciudad de Salta, a los.... del mes dedel año.....por una parte la/el Lic. en Psicopedagogía, DNI N°....., MP....., con domicilio en calleN°....., piso, block.....B°.....,de la Localidad deProvincia de Salta. En adelante denominado **Formador Clínico**, y de la otra parte, la/el Psicopedagoga/oDNI N°..... MP.....,con domicilio en calleN°....., piso....., Block..... B°..... de la Localidad deProvincia de Salta, en adelante **Psicopedagogo/a Adjunto**; convienen en celebrar el presente Convenio de Cooperación y Entendimiento conforme a las consideraciones y cláusulas que seguidamente se detallan:

PRIMERA (OBJETO): EL FORMADOR CLINICO se compromete a acompañar en el proceso de formación clínica y supervisión al/la Psicopedagogo/a (a partir de la firma de la presente) desde el inicio de este y finaliza hasta tanto convalide que el/la profesional se encuentra en condiciones de ejercer de manera autónoma, mediante informe al Colegio de Profesionales de Psicopedagogía)

SEGUNDA (OBLIGACIONES): Ambas partes, FORMADOR y ADJUNTO, se comprometen a llevar adelante el mencionado proceso con responsabilidad y decoro y respetar la decisión voluntaria del mismo. Conociendo y aceptando lo establecido en Res. 49/23 y 39/24.

TERCERA (MODALIDAD): Las partes acordarán la modalidad de (marcar con X, según corresponda)

Virtual Presencial Bimodal

CUARTA: (ACREDITACION) El/la formador/a clínico/a deberá presentar ante el Colegio vía mails (habilitaciones@cpps.org.ar) una reseña escrita del proceso de acompañamiento a los dos (2) meses de iniciado el mismo, a fin de dar cuenta del desarrollo, avances y observaciones relevantes del desempeño profesional del/de la acompañado/a. Asimismo, al finalizar el período de acompañamiento, deberá remitir un informe final en el que se consignen los aspectos más significativos del proceso, el grado de autonomía alcanzado y la recomendación de otorgamiento del alta, a efectos de que el Colegio evalúe y deje sin efecto el Acta Acuerdo oportunamente suscripta.

QUINTA (RESOLUCION): Ambas partes podrán rescindir, suspender o poner fin al acuerdo previa presentación de nota escrita ante el Colegio Profesional. El acuerdo rescinde una vez finalizado el tiempo establecido. Como así también se hace notar que el formador no podrá apartar al paciente de su psicopedagogo adjunto. Limitándose a su función circunscripta.

SEXTA (PROTECCIÓN DE DATOS): Ambas PARTES cumplirán en todo momento con la normativa y legislación vigente en materia de protección de datos, y especialmente con la

Ley N° 25.326 de Protección de los Datos Personales, su normativa de desarrollo y cuanta normativa resulte de aplicación en cada momento.

En el supuesto de que LAS PARTES comuniquen algún dato de carácter personal entre ellas, ambas guardarán confidencialidad y no utilizarán los datos a finalidad distinta que la estipulada en el presente Acuerdo.

Con el consentimiento de los abajo firmantes, expresando total conformidad se ratifica el acto.

*** El presente contrato puede ser de carácter oneroso, dependiendo pura y exclusivamente de las partes firmantes**

Formador Clínico

Psicopedagogo Adjunto



Presidente Colegio Profesional

¿Qué es un formador clínico?

Es un profesional idóneo, con amplia experiencia, capaz de acompañar a los nuevos matriculados en sus primeros pasos frente a un paciente en consultorio.

El formador clínico se encarga de guiar la práctica clínica a través de la retroalimentación, la supervisión y el desarrollo de habilidades, acompañando permanentemente al profesional para que adquiera habilidades que le permitan tomar pruebas diagnósticas, construir observables, problematizar el caso y obtener resultados con evidencia científica.

Ambos podrán debatir, preguntarse cómo hacer para mejorar sus prácticas, detectar errores, buscar soluciones, realizando un verdadero trabajo en equipo sobre la base del respeto mutuo, la confidencialidad y la ética profesional.

El formador motivará permanentemente al nuevo profesional a continuar formándose con el propósito de mejorar día a día.

Para ser formador clínico es necesario cumplir ciertos requisitos:

- Contar con Certificaciones clínicas
- Práctica clínica comprobable e ininterrumpida de 3 años (a la fecha)
- Contar con capacitación permanente.
- Tener empatía.
- Acompañar en todo momento sin propósito de lucro.
- Respetar el Código de ética, el Reglamento interno y la Ley N° 7258 que regulan el ejercicio de la profesión.



Eic. Viviana Vaquerand Solá
PRESIDENTE
Colegio Profesional
de Psicopedagogía de Salta