



REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD
(El presente formulario posee carácter de declaración Jurada)

CENTROS DE DIAGNÓSTICO LABORATORIAL		
Fecha de llenado: ____/____/____	Registro ☐	Actualización de Datos ☐ Código Asignado: _____
Entidad Privada ☐	Entidad Mixta ☐	Entidad Pública ☐
Otros ☐	Especificar: _____	
TIPO DE LABORATORIO		
ANÁLISIS CLÍNICOS ☐	ANÁLISIS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA ☐	ANÁLISIS GENÉTICO ☐
DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
Denominación Comercial de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud		
Propietario		
Dirección		
Departamento	Ciudad	Barrio/Distrito/Compañía
Números Telefónicos	Telefax	R.U.C.
1.-	2.-	
Correo Electrónico	Página Web	
NATURALEZA JURÍDICA DEL PROPIETARIO		
UNIPERSONAL ☐	S.R.L. ☐	FUNDACION ☐
EMPRESA INDIV. DE RESP. LTDA. ☐	S.A. ☐	COOPERATIVA ☐
SOCIEDAD CIVIL SIMPLE ☐	ASOCIACIÓN ☐	OTROS ☐
Especificar: _____		
AUTORIDADES Y/O DIRECTIVOS		
Presidente/a		
C.I. N°:	Telef. Móvil N°:	E-Mail:
Representante Legal		
C.I. N°:	Telef. Móvil N°:	E-Mail:
Director/a Técnico/a		
C.I. N°:	Especialidad:	Reg. Prof. N°:
Telef. Móvil N°:	E-Mail:	
RECURSOS HUMANOS		
Bioquímicos	Otros	Especificar: _____
Téc.en Lab-	Total RR.HH.	



SUCURSALES: Si ☐ No ☐	
Suc. 1 / Denominación: _____	
Dirección: _____	Telef.: _____
Registrado en la SupSalud: Si ☐ No ☐ C/Exp.Prov ☐ M.E. N°: _____	Fecha: ____/____/____
Suc. 2 / Denominación: _____	
Dirección: _____	Telef.: _____
Registrado en la SupSalud: Si ☐ No ☐ C/Exp.Prov ☐ M.E. N°: _____	Fecha: ____/____/____
Suc. 3 / Denominación: _____	
Dirección: _____	Telef.: _____
Registrado en la SupSalud: Si ☐ No ☐ C/Exp.Prov ☐ M.E. N°: _____	Fecha: ____/____/____
Suc. 4 / Denominación: _____	
Dirección: _____	Telef.: _____
Registrado en la SupSalud: Si ☐ No ☐ C/Exp.Prov ☐ M.E. N°: _____	Fecha: ____/____/____
Suc. 5 / Denominación: _____	
Dirección: _____	Telef.: _____
Registrado en la SupSalud: Si ☐ No ☐ C/Exp.Prov ☐ M.E. N°: _____	Fecha: ____/____/____
OBSERVACIONES, COMENTARIOS, SUGERENCIAS O QUEJAS	
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Datos Aportados por: _____ Cargo: _____ Firma: _____	Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud