



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

ESTABLECIMIENTOS SIN INTERNACIÓN		
Fecha de llenado: ____/____/____	Registro ☐	Actualización de Datos ☐ Código Asignado: _____
Entidad Pública ☐	CLÍNICAS ☐	GENERAL ☐
Entidad Privada ☐	POLICLÍNICAS ☐	ESPECIALIZADA ☐
Entidad Mixta ☐	OTROS ☐	Especificar: _____
DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
Denominación Comercial de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud		
Propietario		
Departamento	Ciudad	Barrio/Distrito/Compañía
Dirección		
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:
Regente Médico/a		
C.I. N°:	Especialidad:	Reg. Prof. N°:
Telef. Móvil N°:	E-Mail:	
CANTIDAD DE RECURSOS HUMANOS		
Médicos	Téc. o Aux. en Enfermería	Total RR.HH.
Lic. En Enfermería	Otros	
CANTIDAD DE CONSULTORIOS		
Adultos	Pediátricos	Total

REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

(El presente formulario posee carácter de declaración Jurada)

ESPECIALIDADES MÉDICAS			
Alergia	☐	Fisioterapia	☐
Cardiología	☐	Mastología	☐
Cirugía Plástica.....	☐	Otorrinolaringología.....	☐
Clínica Médica	☐	Pediatría	☐
Dermatología	☐	Proctología.....	☐
Diagnóstico por Imágenes	☐	Psicología	☐
Ecografía	☐	Psiquiatría.....	☐
Electrodiagnóstico	☐	Reumatología.....	☐
Endocrinología.....	☐	Toxicología.....	☐
Endoscopia.....	☐	Traumatología.....	☐
		Urología	☐
		Otros.....	☐

Especificar: _____

OBSERVACIONES U COMENTARIOS	

Datos Aportados por: _____	Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud
Cargo: _____	
Firma: _____	