



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

UTI Adultos:

UTI Niños:

Total:

OTRAS EPPS EN LAS CUALES FUNCIONA EL SERVICIO

Nombre de la EPSS: _____

Dirección: _____ Telef.: _____

Registrado en la SupSalud: Si No C/Exp.Prov M.E. N°: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre de la EPSS: _____

Dirección: _____ Telef.: _____

Registrado en la SupSalud: Si No C/Exp.Prov M.E. N°: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre de la EPSS: _____

Dirección: _____ Telef.: _____

Registrado en la SupSalud: Si No C/Exp.Prov M.E. N°: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre de la EPSS: _____

Dirección: _____ Telef.: _____

Registrado en la SupSalud: Si No C/Exp.Prov M.E. N°: _____ Fecha: ____/____/____

OBSERVACIONES, COMENTARIOS, QUEJAS O SUGERENCIAS

Datos Aportados por: _____
Cargo: _____
Firma: _____

Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud