



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

SERVICIOS DE HEMODIALISIS		
Fecha de llenado: ___/___/___ Registro <input type="checkbox"/> Actualización de Datos <input type="checkbox"/> Código Asignado: _____		
DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
Denominación Comercial de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud		
Propietario		
Entidad Prestadora de Servicios de Salud en la cual funciona		
Departamento	Ciudad	Barrio/Distrito/Compañía
Dirección		
Números Telefónicos	Telefax	R.U.C.
1.-	2.-	
NATURALEZA JURÍDICA DEL PROPIETARIO		
UNIPERSONAL <input type="checkbox"/>	S.R.L. <input type="checkbox"/>	FUNDACION <input type="checkbox"/>
EMPRESA INDIV. DE RESP. LTDA. <input type="checkbox"/>	S.A. <input type="checkbox"/>	COOPERATIVA <input type="checkbox"/>
SOCIEDAD CIVIL SIMPLE <input type="checkbox"/>	ASOCIACIÓN <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>
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		
C.I. N°:	Especialidad:	Reg. Prof. N°:
Telef. Móvil N°:	E-Mail:	
OFICINA ADMINISTRATIVA		
Dentro de EPSS de donde funciona <input type="checkbox"/>	Otra Ubicación: _____	



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

CANTIDAD DE RECURSOS HUMANOS, SALAS Y MONITORES

Médicos	<input type="text"/>	Otros	<input type="text"/>	Salas	<input type="text"/>
Lic. en Enfermería	<input type="text"/>	Especificar:	_____	Monitores:	<input type="text"/>
Aux. o Téc. En Enfermería	<input type="text"/>	Total RR.HH.	<input type="text"/>		

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

<p>Datos Aportados por: _____</p> <p>Cargo: _____</p> <p>Firma: _____</p>	<p>Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud</p>
---	---