



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

| SERVICIOS PRE-HOSPITALARIOS (BASE)                                    |                                              |                                              |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Fecha de llenado: ____/____/____                                      |                                              | Registro <input type="checkbox"/>            | Actualización de Datos <input type="checkbox"/> |
| Código Asignado: _____                                                |                                              |                                              |                                                 |
| Entidad Privada <input type="checkbox"/>                              | Entidad Mixta <input type="checkbox"/>       | Entidad Pública <input type="checkbox"/>     |                                                 |
| Otros <input type="checkbox"/>                                        | Especificar: _____                           |                                              |                                                 |
| 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 <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:                                      |                                              |                                                 |
| CANTIDAD DE MÓVILES                                                   |                                              |                                              |                                                 |
| Nivel de Complejidad 1: <input type="text"/>                          | Nivel de Complejidad 2: <input type="text"/> | Nivel de Complejidad 3: <input type="text"/> | Total. <input type="text"/>                     |
| CANTIDAD DE RECURSOS HUMANOS                                          |                                              |                                              |                                                 |



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

|              |                      |               |                      |                      |                      |
|--------------|----------------------|---------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Médicos:     | <input type="text"/> | Otros:        | <input type="text"/> | Especificar:         | <input type="text"/> |
| Paramédicos: | <input type="text"/> | Total RR.HH.: | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |

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

REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

(El presente formulario posee carácter de declaración Jurada)

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

