

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

| UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA  |                                     |                                      |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 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.-  |                                     |                                      |
| 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 RECURSOS HUMANOS   |                                     |                                      |
| Médicos:   | Aux. o Téc. en Enfermería:          |                                      |
|  |                                     |                                      |
| Lic. en Enfermería:  | Otros:                              | Total RR.HH.:                        |
|  |                                     |                                      |
| CANTIDAD DE CAMAS  |                                     |                                      |
| UTI Adultos:   | UTI Niños:                          | Total:                               |
|  |                                     |                                      |
| OTRAS EPPS EN LAS CUALES FUNCIONA EL SERVICIO  |                                     |                                      |
| Firma y Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud:  |                                     |                                      |

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

|   |  |
|---|--|
| Nombre de la EPSS:<br>_____   |  |
| Dirección: _____ Telef.: _____  |  |
| Registrado en la SupSalud: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> C/Exp.Prov <input type="checkbox"/> M.E. N°: _____ Fecha: ____/____/____ |  |
| Nombre de la EPSS:<br>_____   |  |
| Dirección: _____ Telef.: _____  |  |
| Registrado en la SupSalud: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> C/Exp.Prov <input type="checkbox"/> M.E. N°: _____ Fecha: ____/____/____ |  |
| Nombre de la EPSS:<br>_____   |  |
| Dirección: _____ Telef.: _____  |  |
| Registrado en la SupSalud: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> C/Exp.Prov <input type="checkbox"/> M.E. N°: _____ Fecha: ____/____/____ |  |
| Nombre de la EPSS:<br>_____   |  |
| Dirección: _____ Telef.: _____  |  |
| Registrado en la SupSalud: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> C/Exp.Prov <input type="checkbox"/> M.E. N°: _____ Fecha: ____/____/____ |  |
| <b>OBSERVACIONES, COMENTARIOS, QUEJAS O SUGERENCIAS</b>   |  |
| _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____   |  |
| Datos Aportados por: _____<br>Cargo: _____<br>Firma: _____  | Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud |