



**CENTROS DE DIAGNÓSTICO LABORATORIAL**

Fecha de llenado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Registro  Actualización de Datos  Código Asignado: \_\_\_\_\_  
 Entidad Privada  Entidad Mixta  Entidad Pública   
 Otros  Especificar: \_\_\_\_\_

**TIPO DE LABORATORIO**

ANÁLISIS CLÍNICOS  ANÁLISIS DE ANATOMIA PATOLÓGICA  ANÁLISIS GENÉTICO

**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  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: \_\_\_\_\_

Director/a Técnico/a

C.I. N°: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ Reg. Prof. N°: \_\_\_\_\_

Telef. Móvil N°: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**RECURSOS HUMANOS**

Bioquímicos  Otros  Especificar: \_\_\_\_\_  
 Téc.en Lab-  Total RR.HH.

**SUCURSALES:** Si  No

Firma y Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud:

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**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datos Aportados por: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Firma:

Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud