



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

EMPRESAS DE MEDICINA PRE-PAGA		
Fecha de llenado: ___/___/___	Registro <input type="checkbox"/>	Actualización de Datos <input type="checkbox"/> Código Asignado: _____
Entidad Privada <input type="checkbox"/>	GENERAL <input type="checkbox"/>	OFTALMOLOGICA <input type="checkbox"/>
Entidad Mixta <input type="checkbox"/>	ODONTOLÓGICA <input type="checkbox"/>	PRE-HOSPITALARIA <input type="checkbox"/>
	OTROS <input type="checkbox"/>	Especificar: _____
DATOS DE IDENTIFICACIÓN		
Nombre de Entidad Prestadora de Servicios de Salud		
Propietario		
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:
Gerente General		
C.I. N°:	Telef. Móvil N°:	E-Mail:
Regente Médico		
C.I. N°:	Telef. Móvil N°:	E-Mail:
OBSERVACIONES U COMENTARIOS		
<hr/> <hr/> <hr/>		
Datos Aportados por: _____	Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud	
Cargo: _____		
Firma: _____		