



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		
Médicos: <input type="text"/>	Otros: <input type="text"/>	Especificar: _____
Paramédicos: <input type="text"/>	Total RR.HH.: <input type="text"/>	_____
SUCURSALES: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
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)

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