



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"/>	_____	



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

SUCURSALES:    Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Suc. 1 / Denominación: _____	
Dirección: _____	Telef.: _____
Registrado en la SupSalud:    Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> C/Exp.Prov <input type="checkbox"/> M.E. N°: _____	Fecha: ____/____/____
Suc. 2 / Denominación: _____	
Dirección: _____	Telef.: _____
Registrado en la SupSalud:    Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> C/Exp.Prov <input type="checkbox"/> M.E. N°: _____	Fecha: ____/____/____
Suc. 3 / Denominación: _____	
Dirección: _____	Telef.: _____
Registrado en la SupSalud:    Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> C/Exp.Prov <input type="checkbox"/> M.E. N°: _____	Fecha: ____/____/____
Suc. 4 / Denominación: _____	
Dirección: _____	Telef.: _____
Registrado en la SupSalud:    Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> C/Exp.Prov <input type="checkbox"/> M.E. N°: _____	Fecha: ____/____/____
Suc. 5 / Denominación: _____	
Dirección: _____	Telef.: _____
Registrado en la SupSalud:    Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> C/Exp.Prov <input type="checkbox"/> M.E. N°: _____	Fecha: ____/____/____
OBSERVACIONES, COMENTARIOS, SUGERENCIAS O QUEJAS	
_____ _____ _____ _____ _____ _____	
Datos Aportados por: _____  Cargo: _____  Firma: _____	<b>Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud</b>