



REGISTRO NACIONAL DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

(El presente formulario posee carácter de declaración jurada.)

Fecha de llenado: / / 20.....

Registración: ☐

Actualización de datos: ☐

Código Asignado:

ESTABLECIMIENTOS SIN INTERNACIÓN

ENTIDAD PÚBLICA	☐	CLÍNICAS	☐	GENERAL	☐
ENTIDAD PRIVADA	☐	POLICLÍNICAS	☐	ESPECIALIZADA	☐
ENTIDAD MIXTA	☐	OTROS	☐	Especificar:	

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Denominación Comercial de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud

Propietario:

Departamento:

Ciudad:

Barrio/Distrito/Compañía.

Dirección:

Números Telefónicos

Telefax:

R.U.C.

1)

2)

Correo Electrónico:

Pág. Web:

NATURALEZA JURÍDICA DEL PROPIETARIO

UNIPERSONAL	☐	S.R.L.	☐	FUNDACIÓN:	☐
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:

REGENTE MÉDICO:

Céd. de Ident. Civil N°:

Especialidad:

Reg. Prof. N°:

Telef. Móvil N°:

E-mail:



Cantidad de Recursos Humanos

Médicos		Téc. o Aux. en Enfermería		Total RR.HH.	
Lic. En Enfermería		Otros			

Cantidad de Consultorios

Adultos:		Pediátricos:		Total:	
----------	----------------------	--------------	----------------------	--------	----------------------

Especialidades Médicas

Alergia ☐	Fisioterapia ☐	Mastología ☐	Otorrinolaringología ☐
Cardiología ☐	Flebología ☐	Medicina Nuclear ☐	Pediatría ☐
Cirugía Plástica ☐	Gastroenterología ☐	Nefrología. ☐	Proctología ☐
Clínica Médica ☐	Geriatría ☐	Neumología ☐	Psicología ☐
Dermatología ☐	Gineco-Obstetricia ☐	Neurología ☐	Psiquiatría ☐
Diagnóstico por Imágenes ☐	Hematología ☐	Nutrición ☐	Reumatología ☐
Ecografía ☐	Hemoterapia ☐	Odontología ☐	Toxicología ☐
Electrodiagnóstico ☐	Infectología ☐	Oftalmología ☐	Traumatología ☐
Endocrinología ☐	Inmunología ☐	Oncología ☐	Urología ☐
Endoscopia ☐	Lab. Análisis Clínicos ☐	Ortopedia ☐	Otros. ☐

Especificar

Observaciones u Comentarios

Datos Aportados Por: _____

Cargo: _____

Firma:

Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud