



CONSEJO NACIONAL
DE SALUD

PARAGUÁI
TESÁI HA TEKÓ
PORÁVE
MOTENONDEHA



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: _____

SERVICIOS DE HEMODIÁLISIS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Denominación Comercial de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud

Propietario:

Entidad Prestadora de Servicios de Salud en la cual funciona.

Departamento:

Ciudad:

Barrio/Distrito/Compañía.

Dirección:

Números Telefónicos

Telefax:

R.U.C.

1)

2)

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:

Céd. De Identidad Civil N°

Telef. Móvil:

E-mail:

REPRESENTANTE LEGAL:

Céd. De Identidad Civil N°

Telef. Móvil:

E-mail:

REGENTE MÉDICO

Céd. de Ident. Civil N°:

Especialidad:

Reg. Prof. N°:

Telef. Móvil N°:

E-mail:

OFICINA ADMINISTRATIVA

Dentro de EPSS en donde funciona:

☐

Otra Ubicación: _____

CANTIDAD DE RECURSOS HUMANOS, SALAS Y MONITORES

Médicos:		Otros		Salas		
Lic. En Enfermería		Especificar: _____			Monitores:	
Aux. o Téc. en Enfermería		Total RR.HH.:				

OTRAS EPPS EN LAS CUALES FUNCIONA EL SERVICIO

Nombre de la EPSS: _____

Dirección: _____ Telef. _____

Registrado en la SupSalud Si ☐ No ☐ C/Exp. Prov. ☐ M.E. N° _____ Fecha: _____

Nombre de la EPSS: _____

Dirección: _____ Telef. _____

Registrado en la SupSalud Si ☐ No ☐ C/Exp. Prov. ☐ M.E. N° _____ Fecha: _____

Nombre de la EPSS: _____

Dirección: _____ Telef. _____

Registrado en la SupSalud Si ☐ No ☐ C/Exp. Prov. ☐ M.E. N° _____ Fecha: _____

Nombre de la EPSS: _____

Dirección: _____ Telef. _____

Registrado en la SupSalud Si ☐ No ☐ C/Exp. Prov. ☐ M.E. N° _____ Fecha: _____

OBSERVACIONES, COMENTARIOS, QUEJAS O SUGERENCIAS.

[illegible]

Datos Aportados Por: _____

Cargo: _____

Firma:

Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud