



**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 PRE-HOSPITALARIOS (BASE)**

Entidad Privada       Entidad Mixta       Entidad Pública   
 Otros:       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:**

**Pág. Web:**

**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/A:**

Céd. de Ident. Civil N°: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ Reg. Prof. N°: \_\_\_\_\_

Telef. Móvil N°: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**CANTIDAD DE MÓVILES**

Nivel de Complejidad 1       Nivel de Complejidad 2       Nivel de Complejidad 3       Total:

