



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:



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 No

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