



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

CENTROS ODONTOLÓGICOS		
Fecha de llenado: ____/____/____	Registro ☐	Actualización de Datos ☐ Código Asignado: _____
Entidad Privada ☐	Entidad Mixta ☐	Entidad Pública ☐
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	Página Web	
NATURALEZA JURÍDICA DEL PROPIETARIO		
UNIPERSONAL ☐	S.R.L. ☐	FUNDACION ☐
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		
C.I. N°:	Especialidad:	Reg. Prof. N°:
Telef. Móvil N°:	E-Mail:	
CANTIDAD DE RECURSOS HUMANOS Y CONSULTORIOS		
Odontólogos:	Asistentes de Consultorio:	Total RR.HH.:
Mecánicos Dental:	Otros:	Consultorios:
Especificar: _____		

ESPECIALIDADES			
Rehabilitación Oral	☐	Cirugía Maxilofacial	☐
Periodoncia	☐	Implantología Oral	☐
Endodoncia	☐	Odontología Estética	☐
Odontopediatría	☐	Odontología Preventiva	☐
Ortodoncia	☐	Odontología Neurofocal	☐
Odontogeriatría	☐	Odontología Forense	☐
		Cariología	☐
		Patología Bucal	☐
		Odont. Del bebe y Pre-Natal	☐
		Investig. Materiales Dentales	☐
		Radiología Oral	☐
		Ortopedia Facial	☐
		Gnatología	☐
		Prótesis Maxilofacial	☐
		Odontología Deportiva	☐
		Orto-odontopediatría	☐
		Otros	☐
Especificar: _____			
OBSERVACIONES O COMENTARIOS			
Datos Aportados por: _____		Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud	
Cargo: _____			
Firma: _____			