



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:

CENTROS DE DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Entidad Privada

Entidad Mixta

Entidad Pública

Otros:

Especificar: _____

TIPO DE LABORATORIO

ANÁLISIS CLÍNICOS

ANÁLISIS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

ANÁLISIS GENÉTICOS

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:

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:

DIRECTORA/A TÉCNICO/A:

Céd. de Ident. Civil N°:

Especialidad:

Reg. Prof. N°:

Telef. Móvil N°:

E-mail:



**CONSEJO NACIONAL
DE SALUD**

**PARAGUÁI
TESÁI HA TEKÓ
PORÁVE
MOTENONDEHA**



RECURSOS HUMANOS

Bioquímicos	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	Especificar: _____
Téc. en Lab.	<input type="checkbox"/>	Total RR.HH.	<input type="checkbox"/>	

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