



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:

DIRECTOR/A TÉCNICO/A:

Céd. de Ident. Civil N°:

Especialidad:

Reg. Prof. N°:

Telef. Móvil N°:

E-mail:



RECURSOS HUMANOS

Bioquímicos		Otros		Especificar:			
Téc. en Lab.		Total RR.HH.					

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