



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 DE HEMODIÁLISIS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Denominación Comercial de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud

Propietario:

Entidad Prestadora de Servicios de Salud en la cual funciona.

Departamento:

Ciudad:

Barrio/Distrito/Compañía.

Dirección:

Números Telefónicos

Telefax:

R.U.C.

1)

2)

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:

REGENTE MÉDICO

Céd. de Ident. Civil N°:

Especialidad:

Reg. Prof. N°:

Telef. Móvil N°:

E-mail:

OFICINA ADMINISTRATIVA

Dentro de EPSS en donde funciona:

Otra Ubicación: _____



CANTIDAD DE RECURSOS HUMANOS, SALAS Y MONITORES

Médicos:	<input type="text"/>	Otros	<input type="text"/>	Salas	<input type="text"/>
Lic. En Enfermería	<input type="text"/>	Especificar:			Monitores:
Aux. o Téc. en Enfermería	<input type="text"/>	Total RR.HH.:	<input type="text"/>		

OTRAS EPPS EN LAS CUALES FUNCIONA EL SERVICIO

Nombre de la EPSS: _____

Dirección: _____ Telef. _____

Registrado en la SupSalud Si No C/ Exp. Prov. M.E. N° _____ Fecha: _____

Nombre de la EPSS: _____

Dirección: _____ Telef. _____

Registrado en la SupSalud Si No C/ Exp. Prov. M.E. N° _____ Fecha: _____

Nombre de la EPSS: _____

Dirección: _____ Telef. _____

Registrado en la SupSalud Si No C/ Exp. Prov. M.E. N° _____ Fecha: _____

Nombre de la EPSS: _____

Dirección: _____ Telef. _____

Registrado en la SupSalud Si No C/ Exp. Prov. M.E. N° _____ Fecha: _____

OBSERVACIONES, COMENTARIOS, QUEJAS O SUGERENCIAS.

Datos Aportados Por: _____	Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud
Cargo: _____	
Firma: _____	