



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

SERVICIOS DE HEMODIALISIS		
Fecha de llenado: ____/____/____ Registro ☐ Actualización de Datos ☐ Código Asignado: _____		
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. ☐	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:
OFICINA ADMINISTRATIVA		
Dentro de EPSS de donde funciona ☐	Otra Ubicación: _____	



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

CANTIDAD DE RECURSOS HUMANOS, SALAS Y MONITORES

Médicos		Otros		Salas	
Lic. en Enfermería		Especificar:		Monitores:	
Aux. o Téc. En Enfermería		Total RR.HH.			

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: _____

Cargo: _____

Firma: _____

Sello de la Entidad Prestadora de Servicios de Salud