



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

SERVICIOS PRE-HOSPITALARIOS (BASE)			
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			
Dirección			
Departamento	Ciudad	Barrio/Distrito/Compañía	
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 MÓVILES			
Nivel de Complejidad 1:	Nivel de Complejidad 2:	Nivel de Complejidad 3:	Total.
CANTIDAD DE RECURSOS HUMANOS			



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

Médicos:		Otros:		Especificar:	
Paramédicos:		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

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

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

