



**SUPERINTENDENCIA  
DE SERVICIOS DE SALUD**



TODOS LOS TRÁMITES EN LA SUPERINTENDENCIA  
DE SERVICIOS DE SALUD SON GRATUITOS.

Fecha / /

# Registro Nacional de Prestadores

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA REDES DE PRESTADORES ANEXO IV

COMPLETAR EL FORMULARIO CON LETRA DE IMPRENTA MAYÚSCULA LEGIBLE, PC U OTRO MEDIO TIPOGRÁFICO

### DATOS DE LA RED

Denominación \_\_\_\_\_

Razón Social \_\_\_\_\_

Domicilio Legal \_\_\_\_\_

### DATOS DE LA CABECERA DE RED

Denominación \_\_\_\_\_

Nº de inscripción en el Registro \_\_\_\_\_ C.U.I.T. \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA RED

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_

Documento  DNI  CI  LC  LC Número \_\_\_\_\_ CUIT \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_

Manifiesto que conozco y acepto la normativa que en materia de contrataciones, información a los beneficiarios e información estadística deben observar las Obras Sociales incluídas en las leyes 23660 y 23661.

Este formulario tiene carácter de declaración jurada, por lo tanto los datos consignados en él son responsabilidad de quien lo suscribe.

FIRMA Y SELLO



**SUPERINTENDENCIA  
DE SERVICIOS DE SALUD**



TODOS LOS TRÁMITES EN LA SUPERINTENDENCIA  
DE SERVICIOS DE SALUD SON GRATUITOS.

# Registro Nacional de Prestadores

## REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN DE REDES DE PRESTADORES ANEXO IV

1. Solicitud de inscripción suscrita por las autoridades o el/los responsables de la Red, con firma certificada por escribano publico o certificación bancaria.
2. Copia certificada del contrato constitutivo de la Red, debidamente inscripto en el registro de la jurisdicción que corresponda. Verificar en el caso de ACE y UTE que cumpla con los requisitos de si las personas a cargo de la dirección y administración de la Red actuarán en forma conjunta, indistinta o alternada y, además estipular que por las obligaciones que los mismos asuman en nombre de la Red, los participantes responderán ante terceros en forma ilimitada y solidaria. Deberá quedar expresamente establecido que los integrantes de la Red serán considerados frente a los Agentes del Seguro de Salud, coobligados, indivisibles, solidarios y mancomunados, por los actos u omisiones que realicen sus representantes en nombre de ellos, con motivo u ocasión de los convenios que celebre la Red. Para el caso de las restantes personas jurídicas verificar que en el estatuto se autorice a prestar servicios médico-asistenciales y constituir redes de prestadores.
3. Listado de prestadores que conforman la Red en soporte magnético, con los siguientes campos (columnas excel): nombre, domicilio, localidad, provincia, número de inscripción vigente en el Registro de Prestadores y fecha de vencimiento de la inscripción. Ordenado alfabéticamente.
4. Fotocopia simple del certificado de inscripción en el Registro de Prestadores de cada uno de los prestadores individualmente inscriptos - profesionales, centros y establecimientos asistenciales (en el mismo orden que el listado anterior).
5. Acta de adhesión que suscriban los establecimientos o profesionales que decidan adherir a la Red de prestadores, en fotocopia simple firmada por el representante de la Red (en el mismo orden que el listado anterior).