	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>	Versión: 01 Código: F-GO-18
	<b>SOLICITUD DE INCLUSIÓN INSTITUCIONES</b>	Fecha: 05/01/2017 Página 1 de 2

**1 - TIPO DE ESTABLECIMIENTO:** (Marcar con una X)

<input type="checkbox"/>	Clínica Especializada (1 especialidad)	<input type="checkbox"/>	Clínica General o Policlínica (2 o más especialidades)	<input type="checkbox"/>	Laboratorio
<input type="checkbox"/>	Sanatorio	<input type="checkbox"/>	Farmacia	<input type="checkbox"/>	Óptica
<input type="checkbox"/>	Centro de Diagnóstico	<input type="checkbox"/>	Fisioterapia y Kinesiología	<input type="checkbox"/>	Enfermería
<input type="checkbox"/>	Centro Odontológico	<input type="checkbox"/>	Servicio de Ambulancia	<input type="checkbox"/>	Servicio de Sepelio
<input type="checkbox"/>	Centro de Rehabilitación	<input type="checkbox"/>	Otros:		

**2 - DATOS DE LA INSTITUCIÓN – CASA CENTRAL / MATRIZ:**

Denominación:.....  
 Dirección:.....  
 RUC Nro.: .....  
 Teléfono/s:...../..... Celular:.....  
 Fax:..... E-mail:..... Página Web:.....

**3 - DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL:**

**Representante Legal 1:**  
 Nombre y Apellido:..... Cédula de IdentidadN°:.....  
 Dirección particular:.....  
 Teléfono:..... Celular:..... Fax:..... E-mail:.....

**Representante Legal 2**  
 Nombre y Apellido:..... Cédula de IdentidadN°:.....  
 Dirección particular:.....  
 Teléfono:..... Celular:..... Fax:..... E-mail:.....

**4 - DATOS PARA LA GUÍA DE PRESTADORES:**

**Sucursal 1:**  
 Dirección:.....  
 Teléfono:...../..... Celular:..... E-mail:.....


**Sucursal 2:**  
 Dirección:.....  
 Teléfono:...../..... Celular:..... E-mail:.....

**Sucursal 3:**  
 Dirección:.....  
 Teléfono:...../..... Celular:..... E-mail:.....

**IMPORTANTE:** Cualquier cambio en la dirección y/o teléfono deberá comunicar de inmediato a fin de actualizar la Guía de Prestadores a la brevedad posible.

**5 – REFERENCIAS:**(Indicar el/los Nombre/s de la/s Institución/es, Empresa/s y/o Asociación/es)

Convenio con Seguros Médicos:	
Convenio con Sanatorios:	
Convenio con Laboratorios:	
Otros:	

	<b>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</b>	Versión: 01 Código: F-GO-18
	<b>SOLICITUD DE INCLUSIÓN INSTITUCIONES</b>	Fecha: 05/01/2017 Página 2 de 2

<b>6 - REQUISITOS DOCUMENTALES:</b>	
Presentar la Solicitud de Inclusión - Instituciones	
Descripción de los Servicios Ofrecidos.	
Listado de Aranceles.	
Listado de Profesionales.	
Imágenes de las instalaciones.	
Fotocopia de Poder o Acta de designación del/los Representante/s Legal/es.	
Fotocopia de Cédula de Identidad de los Representantes Legales / Apoderados.	
Fotocopia de Habilitación Vigente (Ministerio de Salud y Bienestar Social).	
Fotocopia de Habilitación Vigente (Superintendencia de Salud).	
Asunción, ..... de ..... de 201.....	
.....	.....
<b>Representante Legal 1</b>	<b>Representante Legal 2</b>

<b>USO INTERNO</b>
<b>Observaciones:</b>
<b>Resolución:</b>
<b>Firma:</b>