

ANEXO 2 FORMATO DEL REGISTRO

El Formato del Registro será el siguiente:

CÓDIGO UNICO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD O DE SERVICIO MÉDICO DE APOYO	
---	--

Marque con una X según corresponda:

- () Establecimiento de Salud
 () Servicio Médico de Apoyo

	Número correlativo dado por el Administrador del Sistema
	Correlativo

Datos Generales

Nombre o Razón Social	Escriba el nombre oficial del Establecimiento.	
Nombre Comercial	Escriba el nombre comercial si tuviera, en caso contrario dejar en blanco.	
Nombre Anterior	Escriba el nombre del Establecimiento antes de tener el nombre o razón social descrito, si no lo tuviera, dejar en blanco.	
Institución a la que pertenece	Escriba la institución a la que pertenece. (MINSA, ESSALUD, FFAA, etc.)	
Subsector al que pertenece	Escriba el nombre del subsector al que pertenece: Público, privado o mixto.	
Registro Único del Contribuyente - RUC	Escriba el número de RUC si lo tuviese.	
RUC del Organismo al que pertenece		
	Escriba el número de RUC del Organismo al que pertenece.	

Dirección Real

Dirección Completa (incluye Calle, Jirón, Av., Mz., Lote, Urbanización)	Escriba la dirección completa indicando calle, jirón, Av., Mz, Lote o Urbanización, así como numeración exacta	
Código Postal	Escriba el código postal del distrito	
Distrito	Escriba el nombre del distrito	
Provincia	Escriba el nombre de la provincia	
Departamento	Escriba el nombre del departamento	
Código de UBIGEO	Escriba el código de UBIGEO	
Teléfono	Escriba el número de teléfono	
Fax	Escriba, de existir, el número de fax	
Número de Licencia Municipal	Escriba el número de licencia otorgado por la Municipalidad	
Dirección de la Página WEB	Escriba la dirección de la página web	
Nombre de Representante Legal	Escriba el nombre del Representante Legal	

Domicilio Legal (si es igual que la dirección real, dejar en blanco)

Dirección Completa (incluye Calle, Jirón, Av., Mz., Lote, Urbanización)	Escriba la dirección completa indicando calle, jirón, Av., Mz, Lote o Urbanización, así como numeración exacta	
Código Postal	Escriba el código postal del distrito	
Distrito	Escriba el nombre del distrito	
Provincia	Escriba el nombre de la provincia	
Departamento	Escriba el nombre del departamento	

Código de UBIGEO	<input type="text"/>
	Escriba el código de UBIGEO
Teléfono	<input type="text"/>
	Escriba el número de teléfono
Fax	<input type="text"/>
	Escriba el número de fax
Dirección de la Página WEB	<input type="text"/>
	Escriba la dirección de la página web

Información Adicional

Categoría	<input type="text"/> (Seleccione Opción)
	Seleccione la categoría definida para Establecimientos de Salud
Número de Resolución de categorización.	<input type="text"/>
	Escriba el número de resolución de categorización del órgano competente-

Creación

Número de Resolución Ministerial o Directoral de habilitación.	<input type="text"/>
	Escriba el número de la resolución según corresponda.
Fecha de Creación Según Resolución (dd/mm/aaaa)	<input type="text"/>
	Escriba la fecha en que se promulgó la resolución.
Fecha de Inicio de Actividades (dd/mm/aaaa)	<input type="text"/>
	Escriba la fecha de inicio de actividades.

Responsable del llenado de la Ficha de Registro

Escriba información relacionada a la persona que registró la ficha.

Nombre y Apellidos	Fecha	Firma
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escriba el nombre y apellidos de la persona que registró la información	Fecha del Registro	
DNI	<input type="text"/>	