



FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVOS ASOCIADOS

N° DE REGISTRO
(Llenado por ACP) - PAG. 1

A llenar por ACP:

Fecha de solicitud:	Observaciones:	Rango:	Fecha de Incorporación:
---------------------	----------------	--------	-------------------------

IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Departamento: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

Dirección: _____

Fecha de Aniversario o Fundación: _____

Razón Social: _____

RUC: _____

Nombre Comercial: _____

Código único de RENIPRESS: _____

Datos del Representante Legal: _____

Datos del Director Médico: _____

CMP del Director Médico: _____

CATEGORIZACIÓN

Resolución de Categorización _____ Fecha: _____

Última Renovación de Categorización: _____ Fecha: _____

Nivel de Categorización: _____

N° de Camas: _____ N° de Consultorios: _____

N° de Camas de Cuidados Intensivos o Intermedios: _____

N° de Sala de Operaciones: _____, N° Sala de Recuperación: _____



**FORMULARIO DE REGISTRO DE
NUEVOS ASOCIADOS**

Nº DE REGISTRO
(Llenado por ACP) - PAG. 2

CAPACIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Nº de Tópicos: _____ **Trauma Shock: Capacidad:** _____

Que servicios de Diagnostico brindan: _____

Que servicios de Laboratorio brindan: _____

Tipo de Banco de Sangre: _____ **Servicios de Ambulancia:** _____

Tiene Contratos con Compañías de Seguros o Empresas de Servicios (EPS),

Autoseguradas, cuales: _____

Monto Promedio de Facturación Anual: _____

Mediante la presente autorizo a la Asociación de Clínicas Particulares del Perú a tomar en cuenta la presente información para iniciar el proceso de incorporación de nuestra institución como parte de sus asociados activos.

_____, ____ , de _____, del 2022

CIUDAD

Firma y Sello del Representante Legal o Director Médico