



## 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: \_\_\_\_\_

Ultima 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 2024

CIUDAD

\_\_\_\_\_  
**Firma y Sello del Representante Legal**