



## FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVOS ASOCIADOS

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

A llenar por ACP:

<b>Fecha de solicitud:</b>	<b>Observaciones:</b>	<b>Rango:</b>	<b>Fecha de Incorporación:</b>
----------------------------	-----------------------	---------------	--------------------------------

### 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 202\_\_

CIUDAD

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