



CENSO DE PRESTADORES DEL ISJ

~ 12 de marzo al 13 de abril ~

(Versión 2 - marzo 2018)

DATOS DEL PRESTADOR		CUIL		-		-		-		-		-		-		-											
APELLIDO Y NOMBRES		MATRÍCULA PROFESIONAL																									
DOMICILIO PARTICULAR:								TELÉFONO FIJO: () -																			
LOCALIDAD:								TELÉFONO CELULAR: () -																			
DEPARTAMENTO:								CORREO ELECTRÓNICO:																			
ESPECIALIDADES												PRAXIS MÉDICA															
FECHA INICIO <table border="1"> <tr> <td>día</td><td>mes</td><td>año</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table> Especialidad: _____ Entidad acreditante: _____												día	mes	año				Seguro de Responsabilidad Civil Profesional <table border="1"> <tr> <td>NO</td><td>SI</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						NO	SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
día	mes	año																									
NO	SI																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<table border="1"> <tr> <td>día</td><td>mes</td><td>año</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table> Especialidad: _____ Entidad acreditante: _____												día	mes	año				PRESTACIÓN DE SERVICIOS En el Estado Municipal <table border="1"> <tr> <td>NO</td><td>SI</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						NO	SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
día	mes	año																									
NO	SI																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<table border="1"> <tr> <td>día</td><td>mes</td><td>año</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table> Especialidad: _____ Entidad acreditante: _____												día	mes	año				En el Estado Provincial <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
día	mes	año																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
												En el Estado Nacional <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
ORGANIZACIONES A LAS QUE ENTREGA SUS LIQUIDACIONES																											
Organización 1: _____																											
Organización 2: _____																											
Organización 3: _____																											

LUGAR DE ATENCIÓN 1		DOMICILIO:															
BARRIO:				HABILITACIÓN PROVINCIAL						DISPONIBILIDAD							
DEPARTAMENTO:				<input type="checkbox"/> Habilitación definitiva <input type="checkbox"/> Habilitación provisoria <input checked="" type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores						<input type="checkbox"/> Conexión a internet <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> Impresora <input type="checkbox"/> Lector de Banda Magnética							
LOCALIDAD:				C.P.:				TELÉFONO: () -									

LUGAR DE ATENCIÓN 2		DOMICILIO:															
BARRIO:				HABILITACIÓN PROVINCIAL						DISPONIBILIDAD							
DEPARTAMENTO:				<input type="checkbox"/> Habilitación definitiva <input type="checkbox"/> Habilitación provisoria <input checked="" type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores						<input type="checkbox"/> Conexión a internet <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> Impresora <input type="checkbox"/> Lector de Banda Magnética							
LOCALIDAD:				C.P.:				TELÉFONO: () -									

LUGAR DE ATENCIÓN 3		DOMICILIO:															
BARRIO:				HABILITACIÓN PROVINCIAL						DISPONIBILIDAD							
DEPARTAMENTO:				<input type="checkbox"/> Habilitación definitiva <input type="checkbox"/> Habilitación provisoria <input checked="" type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores						<input type="checkbox"/> Conexión a internet <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> Impresora <input type="checkbox"/> Lector de Banda Magnética							
LOCALIDAD:				C.P.:				TELÉFONO: () -									

Firmo en carácter de formal declaración.
 San Salvador de Jujuy, ____ de _____ de 201__

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL