



ENTIDADES ASISTENCIALES DE SALUD
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE CONVENIO MLE

A. IDENTIFICACION ENTIDAD:

RUT ENTIDAD: _____

NOMBRE-RAZÓN SOCIAL: _____

NOMBRE DE FANTASÍA: _____

DOMICILIO-DIRECCIÓN COMERCIAL: _____

Correo electrónico de contacto: _____

Teléfono fijo de contacto _____ Teléfono fijo comercial _____

Teléfono celular de contacto _____ Teléfono Celular comercial _____

Tipo Entidad: (Marque con una "X") Atención Abierta (Ambulatoria) Atención Cerrada (Hospitalización)

B. IDENTIFICACIÓN SOCIOS DE LA ENTIDAD:

NOMBRE (socio persona natural y/o persona jurídica)	RUT	PROFESION

Debe adjuntar toda la documentación requerida. En caso de ser necesario, agregar nómina anexa con igual información.

C. IDENTIFICACION DE REPRESENTANTE/S LEGAL/ES:

NOMBRE	RUT	PROFESION

Debe adjuntar toda la documentación requerida. En caso de ser necesario, agregar nómina anexa con igual información

D. IDENTIFICACIÓN DIRECTOR TÉCNICO (DT):

Nombre RUT Profesión

E. NIVEL DE ATENCIÓN: (Corresponde al nivel con el cual realizará las prestaciones. Debe marcar con una "X" sólo una casilla)

Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3

F. LUGARES DE ATENCIÓN (direcciones)

PRINCIPAL (CASA MATRIZ):

_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____

Calle/Avda. N° Oficina Comuna Región Teléfono Correo electrónico

SUCURSAL (ES):(Solo en caso de corresponder)

Sucursal 1: _____/_____/_____/_____/_____/_____

Dirección Comuna Región Teléfono Correo electrónico

Sucursal 2: _____/_____/_____/_____/_____/_____

Dirección Comuna Región Teléfono Correo electrónico

Debe adjuntar toda la documentación requerida. En caso de ser necesario, agregar nómina anexa con igual información.

G. PRESTACIONES DE SALUD A INSCRIBIR (POR CADA SUCURSAL):

CÓDIGOS DE PRESTACIONES (debe registrar código completo en cada casilla. Ejemplo: 0101001. En caso de solicitar códigos correlativos registrar por ejemplo: "desde: 0301002 hasta: 0301030")

Lugar principal de atención:

Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta

Sucursal (en caso de corresponder):

Desde	Hasta	Desde	Hasta	Desde	Hasta

Debe adjuntar Resolución Sanitaria cuando corresponda. En caso de ser necesario, agregar nómina anexa con igual información, las que deben registrar firma del representante legal.

H. PLANTA PROFESIONAL DE SALUD A INCORPORAR (POR CADA SUCURSAL):

Lugar principal de atención

Nombre	RUT	Profesión	Especialidad	Firma

Sucursal (cuando corresponda)

Nombre	RUT	Profesión	Especialidad	Firma

Los profesionales firmantes autorizan a la entidad el cobro de los honorarios profesionales por las prestaciones que ellos realizan

Debe adjuntar fotocopia simple de cédula de identidad vigente de todos los integrantes de la planta profesional que se agregan a la planta de la Entidad

En caso de ser necesario, agregar nómina anexa con igual información, las que deben registrar firma del representante legal

I. FIRMAS RESPONSABLES DE SOLICITUD:

Nombre Director Técnico (DT) _____ Firma (DT) _____

Nombre Representante Legal (RL) _____ Firma (RL) _____

(*)Nombre Representante Legal (RL) _____ Firma (RL) _____

Fecha Solicitud ____/____/____

(*) Utilizar sólo en caso de existir más de un RL