

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN O  
ACTUALIZACIÓN AL LISTADO  
UNIFICADO DE PRESTADORES (L.U.P.)**



San Carlos de Bariloche,..... /...../ 2018

Por medio de la presente solicito la Inscripción  / la Actualización  al  
el Listado Unificado de Prestadores (L.U.P.) de las Obras Sociales y Prepagas  
que tienen convenio con el Colegio de Psicólogos de la Zona Andina. Para ello  
y en cumplimiento de las formalidades, adjunto la siguiente documentación:

**1) DATOS:**

Nombre y Apellido: .....

Domicilio Particular: .....

Tel. Particular: .....

Domicilio Consultorio: .....

Tel. Consultorio: .....

Trabaja con:  Niños  Adolescentes  Adultos

**2) DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:**

- Título (Fotocopia simple).
- Analítico (Fotocopia simple).
- DNI N°..... con domicilio actualizado (Fotocopia simple).
- CUIL/CUIT N°: ..... /..... /..... (Comprobante de Inscripción)
- Matrícula Río Negro N°: ..... (Fotocopia Matrícula Vigente)

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN O  
ACTUALIZACIÓN AL LISTADO  
UNIFICADO DE PRESTADORES (L.U.P.)**



- Monotributo/Resp. Inscripto/Resp. No inscripto (Constancia de Internet)
- Comprobante de CAI actualizado.
- Inscripción a Ingresos Brutos N°..... (Fotocopia simple).
- Certificado N° ..... del Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud, (Fotocopia del Certificado). El Certificado debe ser por la Matrícula de la Provincia de Río Negro.
- Seguro de Mala Praxis Vigente. Fecha Vencimiento ..... /..... / .....
- Libre deuda de Cuota Social del Colegio.
- Certificado de Ética.
- Foto 4x4.
- Habilitación de Consultorio, en caso de tenerla. (No excluyente)

**Acepto que es mi responsabilidad la actualización periódica de los datos aquí declarados, así como las renovaciones de la matrícula y la inscripción a la superintendencia cuando ello fuere necesario.**

**3) OBRAS SOCIALES CON LAS QUE DESEO TRABAJAR:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ACA SALUD      | <input type="checkbox"/> JERÁRQUICOS SALUD | <input type="checkbox"/> OSPERYHRA      |
| <input type="checkbox"/> OSAPM          | <input type="checkbox"/> SCIS              | <input type="checkbox"/> PODER JUDICIAL |
| <input type="checkbox"/> OMINT CS       | <input type="checkbox"/> UNO               | <input type="checkbox"/> SANCOR         |
| <input type="checkbox"/> DAMSU          | <input type="checkbox"/> SMG – DOCTHOS     | <input type="checkbox"/> SOYEM          |
| <input type="checkbox"/> FEDERADA SALUD | <input type="checkbox"/> SALUD TOTAL       |   |
| <input type="checkbox"/> GALENO         | <input type="checkbox"/> SOSUNC            |   |

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN O  
ACTUALIZACIÓN AL LISTADO  
UNIFICADO DE PRESTADORES (L.U.P.)**



COLEGIO DE  
PSICÓLOGOS  
ZONA ANDINA  
SEDE BARILOCHE

**4) DOMICILIO LEGAL:**

Por medio de la presente declaro como domicilio profesional ..... y declaro como domicilio electrónico fehaciente ....., donde pueda recibir las notificaciones pertinentes.

Aceptando la responsabilidad de informar a la brevedad cualquier modificación de dichos domicilios.

Extiendo el presente a los ..... días del mes de ..... de ..... de plena conformidad.

Firma y Sello: .....

Aclaración: .....