

LISTADO UNIFICADO DE PRESTADORES
INSCRIPCIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS



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

- Solicito la inscripción como prestador en el L.U.P.
- Solicito la actualización de mis datos en el L.U.P.

Le sugerimos utilizar nuestro servicio T.A.D. (Trámites a Distancia). Para ello deberá imprimir este formulario, completarlo, firmarlo, escanearlo y luego enviarlo junto con la documentación solicitada a la secretaría administrativa del Colegio: colpsizonandina@gmail.com

1) DATOS PERSONALES Y DE CONTACTO

Apellidos:

Nombres:

Domicilio Particular:

Domicilio Profesional:

Tel. Particular: Tel. Profesional:

DNI N°..... Fecha de Nacimiento: /...../.....

Matrícula N°: Vencimiento: /..... /.....

N° CUIL/CUIT: /..... /.....

N° de Ingresos Brutos:

Correo electrónico:.....

Trabaja con: Niños Adolescentes Adultos

LISTADO UNIFICADO DE PRESTADORES

INSCRIPCIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS

2) DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:

- Título (Copia simple).
- Analítico (Copia simple).
- DNI con domicilio actualizado (Copia simple).
- Matrícula Río Negro (Copia simple).
- A.F.I.P.: Constancia de inscripción.
- Ingresos Brutos: Constancia de inscripción.
- Habilitación de Consultorio, en caso de tenerla. (No excluyente).
- Foto 4x4 (En caso que no figure en su Legajo).
- Seguro por Mala Praxis. (Copia simple). Compañía:
- Nº Póliza: Vence.:..... /..... /
- Certificado del Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud donde figure la Matrícula de Río Negro (Copia simple).
- Nº de Certificado: Vence: /..... /

3) OBRAS SOCIALES CON LAS QUE DESEO TRABAJAR:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ACA SALUD | <input type="checkbox"/> JERÁRQUICOS | <input type="checkbox"/> SALUD TOTAL |
| <input type="checkbox"/> DAMSU | <input type="checkbox"/> OSAPM | <input type="checkbox"/> SANCOR SALUD |
| <input type="checkbox"/> FEDERADA SALUD | <input type="checkbox"/> OSPERYHRA | <input type="checkbox"/> SOSUNC |
| <input type="checkbox"/> GALENO | <input type="checkbox"/> PODER JUDICIAL | <input type="checkbox"/> SWISS MEDICAL |
| <input type="checkbox"/> INTEGRAL SALUD | <input type="checkbox"/> PREVENCION SALUD | <input type="checkbox"/> SCIS |

LISTADO UNIFICADO DE PRESTADORES
INSCRIPCIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS



DECLARACIÓN JURADA

Por medio de la presente declaro bajo juramento que los datos consignados y los documentos presentados para inscribirme al L.U.P. (Listado Unificado de Prestadores) son verdaderos y corresponden a mi persona.

A su vez, dejo constancia de:

- 1) Haber sido informado de la obligación de cumplir con lo estipulado en el **Manual de Prestadores** que es el documento con las normas de procedimientos para los colegiados inscriptos en el L.U.P. pudiendo acceder al mismo a través de la página web del Colegio de Psicólogos de la Zona Andina (<http://colpsizonandina.com>).
- 2) La responsabilidad que me incumbe respecto de la **actualización** periódica de los datos aquí declarados, así como las renovaciones de la matrícula, el seguro de responsabilidad civil por mala praxis y el certificado del Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- 3) De mi compromiso de ser prestador por un **tiempo mínimo de 6 meses** hasta la próxima apertura del L.U.P. Podré darme de baja mediante comunicación fehaciente únicamente en los meses de abril y octubre de cada año. Es una responsabilidad ética por parte del prestador tener en cuenta el tiempo que se requiere para que se complete su proceso de baja y poder manejar de manera adecuada y en forma cuidadosa la conclusión del espacio terapéutico con el afiliado/paciente.

LISTADO UNIFICADO DE PRESTADORES
INSCRIPCIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS



- 4) Los prestadores **no podrán cobrar ningún tipo de arancel, plus o co-seguros, que no sean los expresamente convenidos entre el Colegio de Psicólogos y las obras sociales o prepagas.** Los copagos están detallados en el sector exclusivo para prestadores de la página web del Colegio. La violación a esta cláusula por parte del licenciado constituye una grave irregularidad y el profesional que infrinja lo dispuesto en la presente podrá ser excluido del L.U.P. y pasible de las sanciones previstas en el Estatuto y el Código de Ética y Disciplina del Colegio.
- 5) De mi aceptación para que se realice la apertura de una **cuenta bancaria a mi nombre 100% bonificada en el Banco Galicia** para la acreditación de mis honorarios.
- 6) De haber sido informado de mi **obligación de confirmar mi continuidad como prestador en ambas aperturas del L.U.P.** durante los meses de abril y octubre de cada año.

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

Firma del profesional solicitante:

Aclaración: