

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 |

4) CONVENIOS EN LOS QUE DESEO TRABAJAR:

UNRN – ATENCION A ESTUDIANTES. * Ver convenio y condiciones específicas en <https://colpsizonandina.com/convenio-con-la-universidad-nacional-de-rio-negro/>. Solicitar clave al sector de administración. Para trabajar bajo este convenio no se requiere el Certificado del Registro Nacional de Prestadores.

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

LISTADO UNIFICADO DE PRESTADORES

INSCRIPCIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS



complete su proceso de baja y poder manejar de manera adecuada y en forma cuidadosa la conclusión del espacio terapéutico con el afiliado/paciente.

- 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 licenciada/o 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: