

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.
- Solicito la inscripción en los listados de Convenios Especificos.

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:.....

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:
- N° Póliza: Vence.:..... /..... /
- Certificado del Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud donde figure la Matrícula de Río Negro (Copia simple).
- N° de Certificado: Vence: /..... /

3) OBRAS SOCIALES CON LAS QUE DESEO TRABAJAR:

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

4) CONVENIOS ESPECÍFICOS CON INSTITUCIONES PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA BAJO HONORARIOS MÍNIMOS DE LA PRÁCTICA PRIVADA:

- Universidad Nacional de Río Negro. (UNRN)

- Asociación de Trabajadores de la Sanidad (ATSA) y el Instituto Superior de Ciencias de la Salud y Gestión (ISSAG).

- Instituto de Formación Docente Continua Bariloche. (IFDC)

- Descargar listado de honorarios:
<https://colpsizonandina.com/honorarios-minimos-sugeridos-para-la-practica-de-la-psicologia-en-el-ambito-privado/>
- Descargar convenios y condiciones específicas:
<https://colpsizonandina.com/convenios-especificos-de-atencion-psicologica/>.
- Solicitar clave (al sector de administración del Colegio) para acceder a la información exclusiva para profesionales.
- Para trabajar bajo estos convenios específicos no se requiere el Certificado del Registro Nacional de Prestadores pero si se requiere el seguro de mala praxis.

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:

LISTADO UNIFICADO DE PRESTADORES
INSCRIPCIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS



- 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.
- 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

LISTADO UNIFICADO DE PRESTADORES
INSCRIPCIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS



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. (Ver condiciones)
- 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.
- 7) Estoy informado de la importancia de detallar mis áreas de desempeño profesional en mi Intranet. Para ello, debo ingresar con mi clave de usuario y contraseña en <https://cpzonandina.org/accounts/login/>. Luego acceder a "Ver más", "Datos de Colegiación" y al final de todo encontrará "Otros Datos". Allí podrá seleccionar sus "áreas de desempeño profesional".

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

Firma y sello del profesional solicitante:

Aclaración: