

**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 Específicos.

**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](mailto: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)
- Defensoría del Pueblo de Bariloche (DPB)
- Unión de Trabajadores de la Educación - Bariloche. (UNTER)
- Colegio de Abogados de Bariloche (CAB)
- Asociación de trabajadores de INVAP. (ATB-INVAP)
- 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 hacer clic en "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: .....