



Julio A. Roca 565 - ( H3500ASK) Resistencia - Prov. del Chaco  
Tel. ( 0362 ) 4422067 / 4422245 / 4429767 / 4440005 / 4450079  
E-mail: oficina\_cmgr@gmail.com

## Requisitos para Inscripción de Socio

- Cumplimentar SOLICITUD DE SOCIO
- Cumplimentar FICHA PERSONAL
- Adjuntar dos fotografías de 3 cm. x 3 cm (reciente)
- Adjuntar fotocopia LEGIBLE autenticada por Escribano Público de su Documento de Identidad, hojas (1 y 2) donde conste Apellidos y Nombres, datos completos y del Domicilio Legal actualizados en la Jurisdicción de este Colegio Médico (Provincia del Chaco)
- Adjuntar una fotocopia LEGIBLE autenticada por Escribano Público del TITULO DE MEDICO doble faz con sellos del Ministerio del Interior y del Ministerio de Educación de la Nación.
- Adjuntar del Ministerio de Salud de la Provincia del Chaco, Dirección de Fiscalización Sanitaria: Fotocopia LEGIBLE autenticada del CARNET DE MATRICULA y Constancia de Matrícula, Sanciones Disciplinarias y Antecedentes (menor a 30 días)
- De solicitar su inscripción en una Especialidad determinada, deberá presentar: Constancia de su Registro en la Dirección de Fiscalización Sanitaria (Resolución Ministerial y Certificado de Fiscalización Sanitaria).  
Adjuntar Curriculum Vitae, fotocopia de títulos y/o antecedentes.
- Si ha sido socio de otro Colegio o Entidad Médica, presentar copia de renuncia y copia de la aceptación de la misma. Si es de esta Provincia, adjuntar copia de la facturación de los últimos 6 meses (para traslado del cupo Obra Social InSSSeP)
- Si atenderá Obras Sociales y Mutuales: Registrar Domicilio y Teléfono de Consultorio en la Solicitud de Socio y en la Ficha Personal (de no hacerlo, se tomará el Domicilio y Teléfono Particular como de Consultorio)  
Adjuntar fotocopia de cada comprobante de las siguientes inscripciones:
  - AFIP (Monotributo y/o condición ante IVA)
  - ATP (Ingresos Brutos y/o Convenio Multilateral)
  - Registro Nacional de Prestadores
  - Constancia Bancaria de N° de Cuenta y CBU de la misma.
  - Declaración Jurada de InSSSeP (completar, firmar y aclarar - 2 originales)
- Fondo de Solidaridad y Seguro de Vida. (OPTATIVO)
- Declarar Aparatología Médica de Mediana y Alta Complejidad, si lo tuviera. (Fotocopia de comprobantes de compra y/o comodato, descripción, etc.)
- Adjuntar copia de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional (Mala Praxis)



Resistencia, ..... de ..... de 20.....

Al  
Presidente del  
Colegio Médico Gremial del Chaco

Dr. ....  
Presente:

Por la presente solicito mi ingreso como socio del  
Colegio Médico Gremial del Chaco, comprometiendome a respetar sus Estatutos Sociales.

En la espera de una resolución favorable, saludo  
a Ud., muy atentamente

.....  
Firma y Sello

### DATOS DEL SUSCRIPTO

Apellidos y Nombres	<input type="text"/>			
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	Ciudad y Provincia	<input type="text"/>	
Nacionalidad	<input type="text"/>	Tipo y N° de Documento	<input type="text"/>	
Universidad	<input type="text"/>			
Fecha de Egreso	<input type="text"/>	Fecha de Título	<input type="text"/>	
Especialidad	<input type="text"/>	Expedido por	<input type="text"/>	
		Fecha	<input type="text"/>	
Matrícula Provincial	<input type="text"/>	Matrícula Nacional	<input type="text"/>	
		Reg. de Prestadores	<input type="text"/>	
Domicilio Particular	<input type="text"/>			
Teléfono Particular	<input type="text"/>	Teléfono Móvil	<input type="text"/>	
Correo Electrónico	<input type="text"/>			
Domicilio Consultorio	<input type="text"/>			
Teléfono Consultorio	<input type="text"/>	Teléfono Móvil	<input type="text"/>	
Atiende Obra Social	<input type="checkbox"/>	ATP	<input type="text"/>	
		AFIP	<input type="text"/>	
Condición ante IVA	<input type="text"/>		Categoría	<input type="text"/>
Banco	<input type="text"/>		Sucursal	<input type="text"/>
Tipo de Cuenta	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>	
		CBU	<input type="text"/>	

-----  
Aceptado como socio: Sesión N°  Fecha

Registro de Socio N°  Folio N°  Legajo  Cód. Fact. N°



### DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres	<input type="text"/>		
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	Ciudad y Provincia	<input type="text"/>
Nacionalidad	<input type="text"/>	Tipo y N° de Documento	<input type="text"/>
Padre (Apellido y Nombre)	<input type="text"/>	Vive	<input type="checkbox"/>
Madre (Apellido y Nombre)	<input type="text"/>	Vive	<input type="checkbox"/>
Estado Civil	<input type="text"/>	Lugar y fecha	<input type="text"/>
Conyuge	<input type="text"/>		
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	Ciudad y Provincia	<input type="text"/>
Nacionalidad	<input type="text"/>	Tipo y N° de Documento	<input type="text"/>
Hijo/a (Apellido y Nombre)	<input type="text"/>		
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	Tipo y N° de Documento	<input type="text"/>
Hijo/a (Apellido y Nombre)	<input type="text"/>		
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	Tipo y N° de Documento	<input type="text"/>
Hijo/a (Apellido y Nombre)	<input type="text"/>		
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	Tipo y N° de Documento	<input type="text"/>
Hijo/a (Apellido y Nombre)	<input type="text"/>		
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	Tipo y N° de Documento	<input type="text"/>

### DATOS PROFESIONALES

Universidad	<input type="text"/>		
Fecha de Egreso	<input type="text"/>	Fecha de Título	<input type="text"/>
Especialidad	<input type="text"/>	Expedido por	<input type="text"/>
Especialidad	<input type="text"/>	Expedido por	<input type="text"/>
Especialidad	<input type="text"/>	Expedido por	<input type="text"/>
Matrícula Provincial	<input type="text"/>	Matrícula Nacional	<input type="text"/>
Atiende Obra Social	<input type="checkbox"/>	ATP	<input type="text"/>
		AFIP	<input type="text"/>
Domicilio Particular	<input type="text"/>		
Teléfono Particular	<input type="text"/>	Teléfono Móvil	<input type="text"/>
Domicilio Consultorio	<input type="text"/>		
Teléfono Consultorio	<input type="text"/>	Teléfono Móvil	<input type="text"/>
Domicilio Consultorio	<input type="text"/>		
Banco	<input type="text"/>	Sucursal	<input type="text"/>
Tipo de Cuenta	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>
		CBU	<input type="text"/>

## DECLARACION JURADA

En la ciudad de Resistencia, capital de la Provincia del Chaco, a los ..... días del mes de ..... de ....., el Sr./a. ...., D.N.I. N° ..... de profesión ....MEDICO....., Matrícula Profesional N° ....., en adelante “EL PROFESIONAL”, manifiesta, en carácter de DECLARACIÓN JURADA- lo siguiente:

PRIMERO: conocer y aceptar todas las condiciones fijadas a la fecha por el In.S.S.Se.P, para concretar su incorporación como prestador-efector de la Obra Social.

Así mismo, y con igual carácter, se compromete a cumplimentar todas y cada una de las obligaciones a su cargo, las que emergen del contrato marco que lo/la vincula, suscripto entre el In.S.S.Se.P. en forma directa, de manera especial la de NO COBRAR PLUS, ADICIONAL, Y/O CUALQUIER OTRA PRESTACION DINERARIA A LOS AFILIADOS AL INSSSEP, BAJO NINGUN CONCEPTO, por las prestaciones previstas en el contrato, de conformidad a lo prescripto por la Ley Provincial N° 7.058.

SEGUNDO: fija domicilio especial en ..... de la ciudad de ....., Provincia del Chaco, donde serán válidas la notificaciones que se cursen.

En prueba de conformidad, se firman dos ejemplares de un mismo tenor.

## DECLARACION JURADA

En la ciudad de Resistencia, capital de la Provincia del Chaco, a los ..... días del mes de ..... de ....., el Sr./a. ...., D.N.I. N° ..... de profesión ....MEDICO....., Matrícula Profesional N° ....., en adelante “EL PROFESIONAL”, manifiesta, en carácter de DECLARACIÓN JURADA- lo siguiente:

PRIMERO: conocer y aceptar todas las condiciones fijadas a la fecha por el In.S.S.Se.P, para concretar su incorporación como prestador-efector de la Obra Social.

Así mismo, y con igual carácter, se compromete a cumplimentar todas y cada una de las obligaciones a su cargo, las que emergen del contrato marco que lo/la vincula, suscripto entre el In.S.S.Se.P. en forma directa, de manera especial la de NO COBRAR PLUS, ADICIONAL, Y/O CUALQUIER OTRA PRESTACION DINERARIA A LOS AFILIADOS AL INSSSEP, BAJO NINGUN CONCEPTO, por las prestaciones previstas en el contrato, de conformidad a lo prescripto por la Ley Provincial N° 7.058.

SEGUNDO: fija domicilio especial en ..... de la ciudad de ....., Provincia del Chaco, donde serán válidas la notificaciones que se cursen.

En prueba de conformidad, se firman dos ejemplares de un mismo tenor.

**SOLICITUD DE ADHESION A LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LA  
ASOCIACION DE MEDICOS MUNICIPALES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**

El que suscribe: .....  
Solicita de la **Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires**, su incorporación a los servicios de asesoramiento legal por mala praxis (civil y penal) , participación en los cursos de perfeccionamiento que dicta la institución (aceptando cumplir los reglamentos que los rigen ) y al seguro por mala praxis profesional en salud , contratado en compañías autorizadas a operar por la S.S.N., en carácter de adherente a los mismos, declarando conocer los reglamentos de la institución, comprometiéndome al fiel cumplimiento de los mismos en todas sus partes. Asimismo declaro conocer y recibir un ejemplar del reglamento de los servicios que la Asociación Presta, el que expresamente acepto en su totalidad, como así también que la institución no me representa en lo gremial, ni en lo personal, ni colectivamente.

Declaro conocer que podré usar y gozar de los beneficios enunciados a partir del día primero del mes siguiente al de la presentación de esta solicitud, comprometiéndome a abonar las cuotas respectivas a través de la forma de pago convenida.

**La falta de pago de dos (2) cuotas consecutivas hará considerar al adherente en mora automática y consecuentemente será excluido del sistema sin previo aviso y sin necesidad de intimación de pago alguna.**

Completar con letra de imprenta.

APELLIDO Y NOMBRE:.....

DOMICILIO: .....

LOCALIDAD:..... PROVINCIA:..... C.P.:.....

TEL:..... E-MAIL:.....

DOC.TIPO/Nº:..... CUIT/CUIL/CDI:.....

FECHA DE NACIMIENTO:..... /..... /..... NACIONALIDAD .....

ESTADO CIVIL:..... TIPO Y Nº DE MATRICULA: .....

RESISTENCIA (CHACO), ..... DE..... DE.....

CAPITAL ASEGURADO:

\$

ESPECIALIDAD: .....

OTRAS PRÁCTICAS: .....

DOMIC. CONSULTORIO:..... CP:.....

TELEFONO: .....

DECLARO PRESTAR SERVICIOS EN LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS:

.....

.....

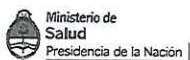
.....

LUGAR DE PAGO: **(COB.16) COLEGIO MEDICO GREMIAL DEL CHACO**

FIRMA Y SELLO

COMPLETE TODOS LOS DATOS-ME NOTIFICO QUE CUALQUIER MODIFICACION DEBO DECLARARLA DENTRO DE LAS 72 HS

# SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD



## Registro Nacional de Prestadores

### REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN O REINSCRIPCIÓN DE PROFESIONALES

#### INSCRIPCIÓN

1. Completar el formulario de Solicitud de Inscripción/Reinscripción.
2. Título Universitario original y fotocopia simple doble faz con legalizaciones de los Ministerios de Educación e Interior de la Nación. (\*)
3. En caso de poseer especialidad, presentar Original y Fotocopia simple del certificado de especialista inscripto en el organismo que lo matricula. (\*)
4. Original y fotocopia del DNI (\*)
5. Original y fotocopia doble faz de matrícula profesional nacional, provincial o ambas matrículas, según el ámbito de actuación profesional. (\*)
6. Fotocopia simple del CUIT o CUIL.
7. Certificado **original** de ética profesional por cada matricula donde el profesional este ejerciendo, el cual tiene un **plazo de vencimiento de 30 días desde su emisión**. (Del que surja que no presenta inhabilitaciones ni sanciones disciplinarias).

#### REINSCRIPCIÓN

Únicamente se renovaran certificados con vencimiento posterior al año 2005 inclusive. Los certificados que hayan vencido con anterioridad deberán presentar la documentación para una nueva inscripción.

1. Formulario de solicitud de Inscripción/reinscripción.
  2. Certificado **original vencido** emitido por este Organismo. (En caso de no poseer dicho certificado deberá presentar una denuncia policial por extravío del mismo).
  3. Certificado **original** de ética profesional por cada matricula donde el profesional este ejerciendo, el cual tiene un **plazo de vencimiento de 30 días desde su emisión**. (Del que surja que no presenta inhabilitaciones ni sanciones disciplinarias).
  4. En caso de poseer especialidad, presentar Original y Fotocopia simple del certificado de especialista inscripto en el organismo que lo matricula. (\*)
- # *Fonoaudiólogos de Buenos Aires, Tucumán y Salta deberán adjuntar fotocopia simple doble faz del título Universitario. No se renovaran títulos NO universitarios.*

(\*) En caso de no presentar el original, la fotocopia deberá estar autenticada por un Escribano Público o Testimonio expedido por el Organismo que emitió el documento.

#### SR. PROFESIONAL:

La documentación deberá presentarse en Av Roque Saenz Peña 530, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de lunes a viernes, de 10.00 a 13.00 hs. y de 13.30 a 15.00 hs.

También podrá ser remitida por correo postal. En este caso la documentación requerida en "original y fotocopia" deberá ser enviada únicamente en copia autenticada, según indica la aclaración (\*).

Los Certificados de Profesionales realizados personalmente en el horario de 10 a 13 horas, se retiran el mismo día de 15:30 a 16:00 horas. Mientras que los tramitados en el horario de 13.30 a 15.00 horas se retiran al día hábil siguiente. O dentro de los 7 días corridos dentro del horario de atención al público.

En caso de que no pueda concurrir dentro de los 7 días, el certificado será enviado por correo (Carta certificada con aviso de entrega, al domicilio consignado por el profesional).

**Cualquier persona podrá gestionar la tramitación del certificado y retirar el mismo, en los horarios indicados, con autorización por escrito en original suscrita por el profesional, en la que se consigne apellido, nombre y DNI del autorizado.**

# SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD



TODOS LOS TRÁMITES EN LA SUPERINTENDENCIA  
DE SERVICIOS DE SALUD SON GRATUITOS.

Fecha / /

## Registro Nacional de Prestadores

### SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN O REINSCRIPCIÓN PARA PROFESIONALES

COMPLETAR EL FORMULARIO CON LETRA DE IMPRENTA MAYÚSCULA LEGIBLE, PC U OTRO MEDIO TIPOGRÁFICO

<input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN	<input type="checkbox"/> REINSCRIPCIÓN	Nº de certificado anterior <input type="text"/>
--------------------------------------	--	---

#### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_  
Documento  DNI  CI  LC Número \_\_\_\_\_  CUIT  CUIL Número \_\_\_\_\_

#### MATRÍCULA

Nacional Nº \_\_\_\_\_ Provincial Nº \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

#### DOMICILIO PARTICULAR

Calle \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Cualquier persona podrá gestionar la tramitación del certificado y retirar el mismo en los horarios indicados, con autorización por escrito en original suscripta por el profesional, en la que se consigne apellido, nombre y D.N.I. del autorizado.**

Este formulario tiene carácter de declaración jurada, por lo tanto los datos consignados en él son responsabilidad de quien lo suscribe.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
-------------------------------