

COLEGIO FARMACÉUTICO

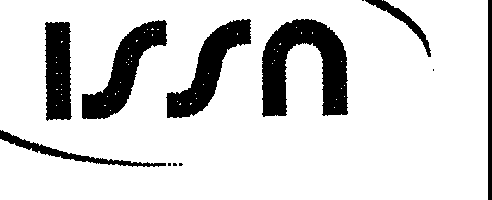
DE LA PflOVINCIA DEL NEUQUEN

*/SSN*

***DOCUMENTACION PARA SOLICITAR EL ALTA EN /SSN:***

1. Formulario de alta Entidades.
2. Fotocopia de Disposición de Salud Pública.
3. Fotocopia de inscripción Ingresos Brutos
4. Fotocopia de inscripción DGI
5. Fotocopia de la licencia comercial
6. Fotocopia de la constancia de habilitación municipal
7. Fotocopia de la 1° y 2° hoja del DNI del propietario
8. Fotocopia del Titulo Profesional
9. Fotocopia de la 1° y 2° hoja del DNI del profesional
10. Fotocopia de la matrícula Provincial del Farmacéutico.
11. Fotocopia de la constancia de inscripción en la Caja Provisional para Profesionales de la Provincia del Neuquén.-

Bruno Ramírez 222 - Neuquén - Tel. (0299) 4425536 - 4425908 E-Mail: [Colfanqn@speedy.com.ar](mailto:Colfanqn@speedy.com.ar)

Formulario entidades

**RED ISSN** - **CONFIABLE** Instituto de Seguridad Social del Neuquén

**ENTIDAD**

Denominación/razón social: \_ C.U.1.T.: l 1 -1 Domicilio legal: \_ Nº: \_ Pisoº:

1 1 1 1

Opto.:

Localidad: \_

Provincia: \_

Código postal:

Teléfono fijo: Fax: Teléfono móvil: \_ Correo electrónico:

**REFERENTE DE LA ENTIDAD** (Contacto Administrativo/ Secretaria).

Apellido: Nombres: Teléfono Fijo: Teléfono Móvil: \_

**Correo Electrónico *Entidad:*** \_ **Correo Electrónico *Personal:*** \_

Descripción del Rol que desempeña en la entidad:

Disponibilidad de Horario: De.;.......... hs a ............ hs y De................... hs a hs

**REFERENTE TECNICO** {Contacto de Equipamiento informático y/o comunicaciones). Apellido: Nombres: Teléfono Fijo: \_ Teléfono Móvil: \_

**Correo Electrónlco *Entidad:*** \_ **Correo Electrónico *Personal:*** \_

lPertenece a la Organización? D lEs un servicio tercerizado? D ·

· Descripción del Rol que desempeña en la entidad:

Disponibilidad de Horario: De ............ hs a ............ hs y De................... hs a hs

**TIPO DE CONEXIÓN QUE TIENE EL PRESTADOR**

ÚNEA ····-••- ■**Wt,,**

NÚMERO TELE;:N ;:*:;�::;* . . . l....\_·\_ \_..l l...... .\_l , .\_l 1....\_·\_j .

## REFERENCIAS

**Tipo de enlace**

* 1. MODEM telefónico
  2. Banda ancha con MODE:rvf ADSL
  3. Banda ancha con ondas de radio
  4. Banda ancha con satélite
  5. Otra (indicat)

**Número telefónico de acceso**

**A** 0800-800-2636

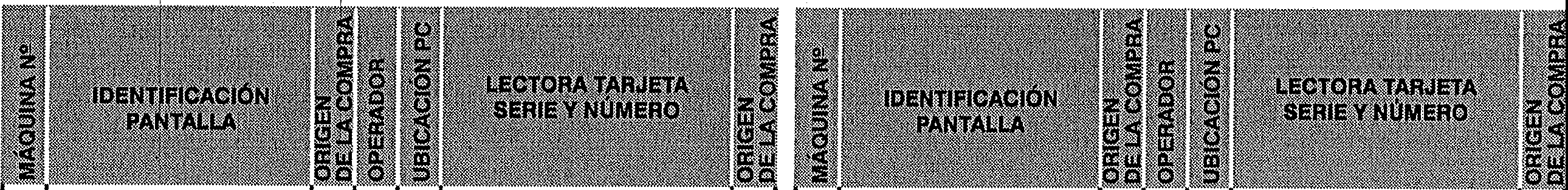
**B** 0810-810-0012

e 0810-888-0012

La presente Información tiene el carácter de Declaración Jurada - **Versión** 1 - **Pag.** 1 **de 2**

Formulario entidades

RED ISSN - CONFIABLE



2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17 •

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

**28**

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40



EQUIPAMIENTO

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

Tiene prevñsto incorporar más Pes.

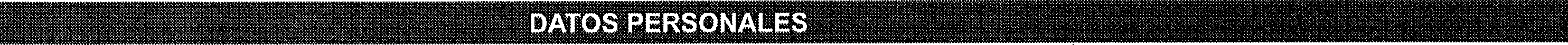
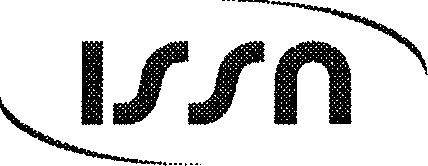
SI■ NO■

Relevador La presente Información tiene el carácter de Declaración Jurada - **Versión** 1 - **Pag. 2 de 2**

OBSERVACIONES

•

# Formulario de Prestadores



**Instituto de Seguridad Social del Neuquén**

Declaración Jurada

**SISTEMA DE AUTORIZACIÓN EN LÍNEA ISSN**

Apellido: \_ Nombres:

Fecha de nacimiento: ;..\_/\_ c./ \_

Tipo de documento: DNI O LC O LE 0

C.U.l.T.:. I ..\_..... ---'-1\_. , . ..\_

Número: L-1\_. ..\_---'. ..\_---'. ..\_---'' '

\_, . - I ,

Domicilio legal: Nº: Pisoº: Opto.: Localidad: Provincia: Teléfono fijo: Fax: Teléfono móvil: \_ Correo Electrónico *Personal:* \_

Título:-------------------------------------

Universidad: Fecha de egreso: / /

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descripción especialidad** | Matrícula | Fecha de emisión | | | Matrícula | Fecha de emisión | | | Matrícula | Fecha de emisión | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Médico |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Especialidad 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Especialidad 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Especialidad 3

**OBSERVACIONES:--------------------------------**

## USO INTERNO ISSN

Fecha de alta: / / Especialidad declarada:

Especialidad de alta:

La presente información tiene el carácter de Declaración Jurada - **Versión 2 Revisión 1** - **Pag. 1de 3**

# Formulario de Prestadores

Instituto de Seguridad Social del Neuquén

SISTEMA DE AUTORIZACIÓN EN LÍNEA ISSN

**El cuadro Vía de Facturación es de integración OBLIGATORIA.**

Entidad: \_ C.U.l.T.: i. . .\_l\_-\_.. .\_ . .. . . .... . - ! ,

Domicilio legal: **Nº:** \_ Pisoº: Opto.:

Localidad: Provincia:

Teléfono fijo: Fax: Teléfono móvil: \_ Correo Electrónico *Entidad:*

Vía de Facturación: Seleccione con la letra que corresponda UNA SOLA vía de facturación por domicilio de atención,

¿Posee PC en consultorio en esta entidad? SID NOD

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | DE: | **A:** | **DE:** | **A:** |
| Lunes |  |  |  |  |
| Martes |  |  |  |  |
| Miércoles |  |  |  |  |
| Jueves |  |  |  |  |
| Viernes |  |  |  |  |
| Sábado |  |  |  |  |

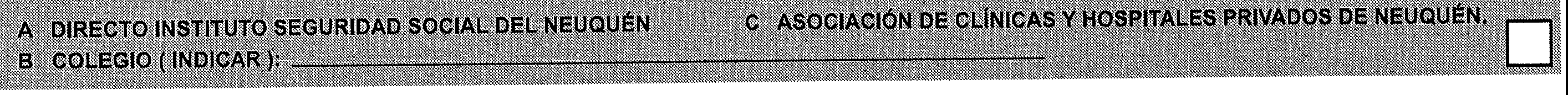
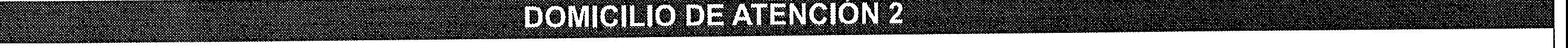
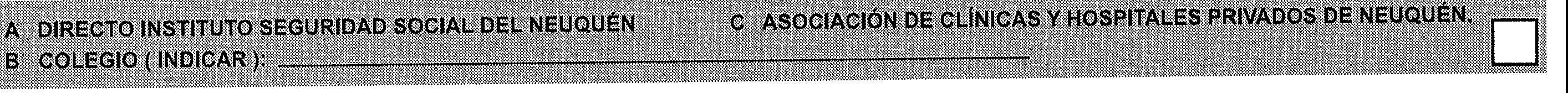
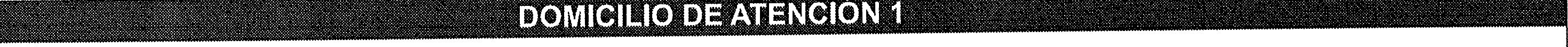
**El cuadro Vía de Facturación es de integración OBLIGATORIA.**

Entidad: \_ C.U.l.T.: . i\_.. . - .\_l\_

\_, . .

\_. , .\_ .\_I\_----' '

Domicilio legal: **Nº: \_** Pisoº: \_ Opto.: Localidad: Provincia:



Teléfono fijo: Fax: Teléfono móvil: \_ Correo Electrónico *Entidad:*

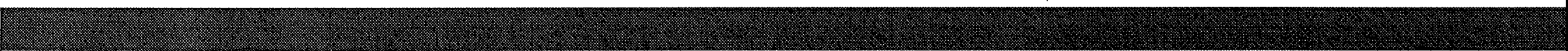
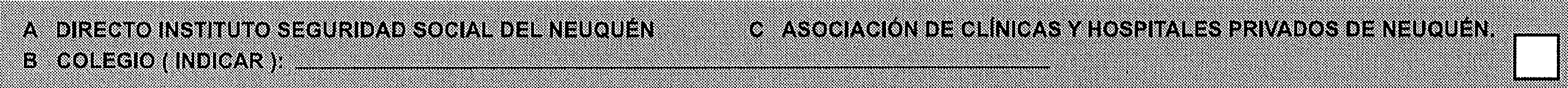
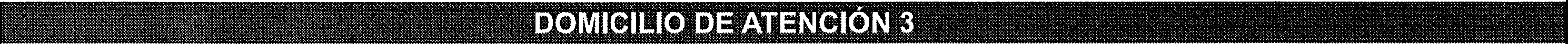
Vía de Facturación: Seleccione con la letra que corresponda UNA SOLA vía de facturación por domicilio de atención,

¿Posee PC en consultorio en esta entidad? SID NOD

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | DE: | A: | DE: | A: |
| Lunes |  |  |  |  |
| Martes |  |  |  |  |
| Miércoles |  |  |  |  |
| Jueves |  |  |  |  |
| Viernes |  |  |  |  |
| Sábado |  |  |  |  |

La presente información tiene el carácter de Declaración Jurada - **Versión 2 Revisión 1** - **Pag. 2 de 3**

# Formulario de Prestadores



Instituto de Seguridad Social del Neuquén

SISTEMA DE AUTORIZACIÓN EN LÍNEA ISSN

**El cuadro Vía de Facturación es de integración OBLIGATORIA.**

Entidad: \_ **C.U.l.T.'.** l..\_----'-- ,\_I----'-----''----'----'---'----'-----'-----'---------'--1\_- , ,

Domicilio legal: **Nº:** \_ Pisoº: \_ Opto.: Localidad: Provincia:

Teléfono fijo: Fax:

Teléfono móvil: \_ Correo Electrónico *Entidad:*

Vía de Facturación: Seleccione con la letra que corresponda UNA SOLA vía de facturación por domicilio de atención.

¿Posee PC en consultorio en esta entidad? SI D No O

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | DE: | A: | DE: | A: |
| Lunes |  |  |  |  |
| Martes |  |  |  |  |
| Miércoles |  |  |  |  |
| Jueves |  |  |  |  |
| Viernes |  |  |  |  |
| Sábado |  |  |  |  |

Declaro bajo juramento de Ley que los datos consignados son correctos, comprometiéndome a no realizar ninguna modificación respecto de los mismos, hasta tanto no cuente con la autorización expresa del ISSN, para lo cual me obligo a requerir previamente las conformidades pertinente acompañando toda la documentación que se me exija desde el área Prestadores de la obra social, quien podrá o no acceder a mi solicitud de cambio.

Manifiesto que asumo el compromiso de canalizar toda mi actuación profesional como Prestador, respetando las Normas establecidas por lo que me obligo a utilizar los sistemas informáticos que el **ISSN** determine para: consumir prestaciones, prescribir prácticas y recetar según Nomenclador, Formulario Terapéutico y Guías de Atención del **ISSN.**

En caso de incumplimiento de tales obligaciones, el ISSN podrá adoptar las medidas administrativas y disciplinarias pertinentes.

---'-/---'-/ .­

Fecha solicitud Firma y Sello Solicitante Incorporado Disposición Nro

Relevador

La presente información tiene el carácter de Declaración Jurada - **Versión 2 Revisión 1** - **Pag. 3 de 3**

