

**Formulario Convenio con Centros de Rehabilitación Integral (Requisitos)**

1.  **NOTA SOLICITUD DE CONVENIO.** Presentada por RESPONSABLE en forma fehaciente y detallando sus prestaciones para la debida incorporación como Prestador. Debe contar como mínimo con las 4 (cuatro) terapias básicas.
2.  **FOTOCOPIA CERTIFICADA ESTATUTO y/o CONTRATO SOCIAL**  
En el caso de Sociedades Anónimas, Mutuales, etc:
  - FOTOCOPIA ACTA de última ASAMBLEA**  
En la que conste la elección de Autoridades y de Directorio o Comisión en la que se aprueba la distribución de cargos
3.  **FOTOCOPIA HABILITACIÓN MUNICIPAL**
4.  **FOTOCOPIA CONSTANCIA INSCRIPCIONES AFIP**
5.  **FOTOCOPIA DIRECCIÓN PROVINCIAL de RENTAS. Ingresos Brutos**
  - de corresponder **FOTOCOPIA CONVENIO MULTILATERAL**
6.  **HABILITACIÓN EMITIDA POR SALUD PÚBLICA como "CENTRO"** Detallando Recurso Físico (Capacidad Física Instalada) y Recursos Humanos (Profesionales habilitados con su correspondiente Resolución ISSN).
7.  **FOTOCOPIA POLIZA de RESPONSABILIDAD CIVIL** de la Entidad, con CERTIFICADO de cobertura y vigencia
8.  **FORMULARIO COMPLETO Declaración Jurada para ISSN de la Entidad.**
9.  **En caso de existir EQUIPAMIENTO TECNOLÓGICO:** Describir Modelo, complejidad (Alta, Mediana o Baja), especificar tecnología
  - HABILITACIÓN del EQUIPAMIENTO por Salud Pública** En el caso de equipamiento de imágenes por Radio Física Sanitaria de la Provincia
10.  **LISTADO de PROFESIONALES**  
**Prestadores ISSN: DECLARACIÓN JURADA y PÓLIZA SEGURO DE MALA PRAXIS (FOTOCOPIA).** Para estos prestadores la vía de facturación será el declarado por los mismos.  
**NO Prestadores ISSN:** Según formulario adjunto. Para estos profesionales el Alta como Prestadores será institucional, es decir que sólo será efectiva en el período que el mismo permanezca en la Entidad que los presenta.

**Importante:** La documentación deberá presentarse previa solicitud de turno en el Sector Prestadores sito en Calle Buenos Aires 353 de la Ciudad de Neuquén, Sede Central ISSN, 1° Piso. La misma solo será aceptada en caso de encontrarse correctamente constituida y en su totalidad. La sola presentación, no infiere que la incorporación se hará efectiva, la misma quedará sujeta a evaluación y necesidad de la Obra Social. Deberá presentar ORIGINALES de todas las fotocopias para su cotejo.

**División Atención al Prestador. Tel: 4496300 Int.6467**

Fecha de Recepción

Recibido por

Formulario Convenio con Centros de Rehabilitación Integral	Versión 0.2
División Atención al Prestador Departamento Atención al Cliente. Subdirección de Gestión Administrativa. DPSyA	23/06/11