

NOMBRE Y APELLIDO .....

Dirección de correo electrónico constituida ante el Registro: .....

EVALUACIÓN DOCUMENTAL

	SI	NO	OBSERVACIONES
Cpia de Pre Inscripción en REGISTRO INFORMATCO UNICO NACIONAL DE PRESTADORES Y PROVEEDORES DEL INSSJP			
Fotocopia DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD - Datos personales y Domicilio			
TITULO HABILITANTE (Copia autenticada por Universidad)			
TITULO ESPECIALIDAD Certificado			
Apto Psicofísico institución pública			
INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES - SSS: Copia Autenticada			
HABILITACIÓN RUGEPRESA: Copia autenticada			
Certificado de ANTECEDENTES PENALES - Reg. Nac. De Reincidencia			
Certificado de Registro de Juicios Universales de la Jurisdicción			
Constancia de REGISTRO COLEGIO DE MEDICOS de la Pcia. de Córdoba.			
Constancia de Inscripción AFIP.			
Constancia de inscripción y/o exención Ingresos Brutos y/o Convenio Multilateral			
SEGURO DE MALA PRAXIS			
SEGURO CONTRA INCENDIOS			
SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL			
Acreditación Certificada de la titularidad Sede			
CURRÍCULUM VITAE			
DECLARACION JURADA de Capacidad Prestacional- Anexo 07 Res. 416/17			
Tabla Resumen de Capacidad Prestacional			
DECLARACIÓN JURADA Art. 9. anexo V Res.416/17 Ap. 02 - Prestadores individuales			

En la ciudad de Córdoba, a los ..... días del mes de Mayo de 2017, entre las partes signatarias del contrato celebrado en el marco de la Resolución N° 408/DE/2017, se labra la presente, dando constancia de la documental presentada, signada en columna - "SI" - y la documentación faltante, signada en columna - "NO" -; otorgándose un plazo conforme consta en cada caso en columna -"OBSERVACIONES", comprometiéndose el co-contratante a su cumplimiento en tiempo y forma. Se firman firman dos ejemplares de un mismo tenor.-----