



COLEGIO FARMACÉUTICO
DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN

ISSN

DOCUMENTACION PARA SOLICITAR EL ALTA EN ISSN:

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 1º y 2º hoja del DNI del propietario
8. Fotocopia del Título Profesional
9. Fotocopia de la 1º y 2º 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.-

Formulario entidades

RED ISSN - CONFIABLE



Instituto de Seguridad Social del Neuquén

ENTIDAD

Denominación/razón social: _____ C.U.I.T.: | | | | | | | | | | | | | | | |
 Domicilio legal: _____ Nº: _____ Pisoº: _____ Dpto.: _____
 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 Electrónico Entidad: _____ Correo Electrónico Personal: _____
 ¿Pertenece a la Organización? ☐ ¿Es un servicio tercerizado? ☐
 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

LÍNEA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TIPO DE ENLACE										
NÚMERO TELEFÓNICO ACCESO										

REFERENCIAS

Tipo de enlace
 1 MODEM telefónico
 2 Banda ancha con MODEM ADSL
 3 Banda ancha con ondas de radio
 4 Banda ancha con satélite
 5 Otra (indicar)

Número telefónico de acceso
 A 0800-800-2636
 B 0810-810-0012
 C 0810-888-0012

EQUIPAMIENTO

MAQUINA Nº	IDENTIFICACIÓN PANTALLA	ORIGEN DE LA COMPRA	OPERADOR	UBICACIÓN PC	LECTORA TARJETA SERIE Y NÚMERO	ORIGEN DE LA COMPRA	MAQUINA Nº	IDENTIFICACIÓN PANTALLA	ORIGEN DE LA COMPRA	OPERADOR	UBICACIÓN PC	LECTORA TARJETA SERIE Y NÚMERO	ORIGEN DE LA COMPRA
1							41						
2							42						
3							43						
4							44						
5							45						
6							46						
7							47						
8							48						
9							49						
10							50						
11							51						
12							52						
13							53						
14							54						
15							55						
16							56						
17							57						
18							58						
19							59						
20							60						
21							61						
22							62						
23							63						
24							64						
25							65						
26							66						
27							67						
28							68						
29							69						
30							70						
31							71						
32							72						
33							73						
34							74						
35							75						
36							76						
37							77						
38							78						
39							79						
40							80						

Tiene previsto incorporar más Pcs.

SI ☐ NO ☐

REFERENCIAS

Origen de la compra: 1 Fondos propios - 2 Préstamo ISSN - 3 Préstamo Colegio
 Operador: 1 Prof. Salud - 2 Secretario - 3 Bioquímico - 4 Farmacia
 Ubicación PC: 1 Recepción - 2 Consultorio - 3 Administración

Relevador

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

OBSERVACIONES

•

Formulario de Prestadores Declaración Jurada

SISTEMA DE AUTORIZACIÓN EN LÍNEA ISSN



DATOS PERSONALES

Apellido: _____ Nombres: _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ C.U.I.T.: | | | - | | | | | | | | | - | |
Tipo de documento: DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Número: | | | | | | | | | |
Domicilio legal: _____ Nº: _____ Pisoº: _____ Dpto.: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Teléfono fijo: _____ Fax: _____
Teléfono móvil: _____ Correo Electrónico Personal: _____

DATOS PROFESIONALES

Título: _____
Universidad: _____ Fecha de egreso: ____ / ____ / ____

Descripción especialidad	Neuquén			Río Negro			Nacional		
	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: _____

Formulario de Prestadores

SISTEMA DE AUTORIZACIÓN EN LÍNEA ISSN



DOMICILIO DE ATENCIÓN 1

El cuadro Vía de Facturación es de integración OBLIGATORIA.

Entidad: _____ C.U.I.T.: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Domicilio legal: _____ N°: _____ Piso°: _____ Dpto.: _____

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.

A DIRECTO INSTITUTO SEGURIDAD SOCIAL DEL NEUQUÉN

C ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y HOSPITALES PRIVADOS DE NEUQUÉN.

B COLEGIO (INDICAR): _____

☐

¿Posee PC en consultorio en esta entidad? SI ☐ NO ☐

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

DOMICILIO DE ATENCIÓN 2

El cuadro Vía de Facturación es de integración OBLIGATORIA.

Entidad: _____ C.U.I.T.: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Domicilio legal: _____ N°: _____ Piso°: _____ Dpto.: _____

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.

A DIRECTO INSTITUTO SEGURIDAD SOCIAL DEL NEUQUÉN

C ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y HOSPITALES PRIVADOS DE NEUQUÉN.

B COLEGIO (INDICAR): _____

☐

¿Posee PC en consultorio en esta entidad? SI ☐ NO ☐

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

Formulario de Prestadores

SISTEMA DE AUTORIZACIÓN EN LÍNEA ISSN



DOMICILIO DE ATENCIÓN 3

El cuadro Vía de Facturación es de integración OBLIGATORIA.

Entidad: _____ C.U.I.T.: _____

Domicilio legal: _____ N°: _____ Piso°: _____ Dpto.: _____

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.

A DIRECTO INSTITUTO SEGURIDAD SOCIAL DEL NEUQUÉN

C ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y HOSPITALES PRIVADOS DE NEUQUÉN.

B COLEGIO (INDICAR): _____

☐

¿Posee PC en consultorio en esta entidad? SI ☐ NO ☐

	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

OBSERVACIONES