



“AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD”

*Ministerio de Capital Humano  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo*

## ANEXO IV

### FORMULARIO DE SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL LISTADO DE PRESTADORES E INTERCONSULTORES

Por la presente solicito a la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) la incorporación al LISTADO DE PRESTADORES E INTERCONSULTORES, declarando conocer lo establecido en la Resolución S.R.T. N° XX/2024 y lo dispuesto en las Resoluciones de la entonces S.A.F.J.P. N° 384/96 -texto según Resolución de la entonces S.A.F.J.P. N° 32/08-.

LUGAR Y FECHA: .....

#### DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE O INSTITUCIÓN: .....

.....

DOMICILIO LEGAL O FISCAL: .....

.....

DOMICILIO ELECTRÓNICO: .....

LOCALIDAD: .....

PROVINCIA: ..... COD. POSTAL: .....

TELÉFONO: (.....) ..... CELULAR: (.....) .....

ESPECIALIDAD: .....

MATRÍCULA/S: .....

#### DATOS BANCARIOS

C.U.I.T. N°: .....

TIPO Y N° DE CUENTA BANCARIA: .....

C.B.U: .....

La inclusión definitiva al Listado de Prestadores e Interconsultores se encuentra sujeta al cumplimiento de lo dispuesto en los Anexos I y en caso de corresponder Anexo II, de la presente resolución.  
Este formulario tiene carácter de declaración jurada, por lo tanto, la veracidad o exactitud de los datos consignados son responsabilidad de quién lo suscribe.



“AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD”

*Ministerio de Capital Humano  
Superintendencia de Riesgos del Trabajo*

## ANEXO IV

### DATOS SEGURO DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

COMPAÑÍA: .....

PÓLIZA N°: .....

### DATOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA (CONSULTORIO Y/O SEDE)

DOMICILIO: .....

.....

LOCALIDAD: .....

PROVINCIA: ..... COD. POSTAL: .....

TELÉFONO: (.....) ..... CELULAR: (.....) .....

Descripción de las prestaciones médicas a realizar, con su codificación y descripción S.R.T. con el arancel propuesto, dejando constancia que se realizan en el domicilio de atención declarado, no pudiendo delegar total o parcialmente a terceros la responsabilidad de las mismas:

TARIFARIO MÉDICO		
LISTADO DE PRÁCTICAS MÉDICAS E INTERCONSULTAS		
CÓDIGO	ESPECIALIDAD Y DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA	IMPORTE*

\*Sobre tarifario vigente y/o los que se actualicen en el futuro.

Atentamente. -

.....

FIRMA Y ACLARACIÓN

La inclusión definitiva al Listado de Prestadores e Interconsultores se encuentra sujeta al cumplimiento de lo dispuesto en los Anexos I y en caso de corresponder Anexo II, de la presente resolución.  
Este formulario tiene carácter de declaración jurada, por lo tanto, la veracidad o exactitud de los datos consignados son responsabilidad de quién lo suscribe.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Anexo**

**Número:**

**Referencia:** ANEXO IV - "FORMULARIO DE SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL LISTADO DE PRESTADORES E INTERCONSULTORES"

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.