



Información de los Locales que conforman la Empresa

[Considere únicamente los locales en los que se desarrollan actividades económicas (No incluya locales auxiliares)]

Domicilio Sede Central

¿Coincide con el Domicilio Legal? SI 1 NO 2 [Si coincide con alguno de ambos pasar a 2.0]

¿Coincide con el Domicilio de Contacto? SI 1 NO 2 [Si no coincide con ninguno pasar a 1.1]

1.1 Provincia

Uso Interno

1.2 Partido/Departamento

Uso Interno

1.3 Localidad/Paraje

1.4 Barrio/Parque Industrial

Calle 1

1.5 N° de Ruta/Nombre de la Calle [Textual, sin abreviar]

Ruta Nacional 2

1.6 N°|Km

1.7 Piso

1.8 Dpto|Oficina

1.9 Código Postal

Ruta Provincial 3

Filiales

2.0 ¿Esta Entidad tiene Filiales/Sucursales/Delegaciones/Regionales además de la Sede Central? SI ¿Cuántas? _____ [Pasar a 2.1] NO 00 [Pasar a 4.1]

Filial 1

2.1 Provincia

Uso Interno

2.2 Partido/Departamento

Uso Interno

2.3 Localidad/Paraje

2.4 Barrio/Parque Industrial

Calle 1

2.5 N° de Ruta/Nombre de la Calle [Textual, sin abreviar]

Ruta Nacional 2

2.6 N°|Km

2.7 Piso

2.8 Dpto|Oficina

2.9 Código Postal

Ruta Provincial 3

Filial 2

3.1 Provincia

Uso Interno

3.2 Partido/Departamento

Uso Interno

3.3 Localidad/Paraje

3.4 Barrio/Parque Industrial

Calle 1

2.5 N° de Ruta/Nombre de la Calle [Textual, sin abreviar]

Ruta Nacional 2

2.6 N°|Km

2.7 Piso

2.8 Dpto|Oficina

2.9 Código Postal

Ruta Provincial 3

EMPADRONADOR Si la entidad tiene más de DOS (2) filiales anexar a este formulario todas las planillas de identificación de filiales anexas que sean necesarias hasta completar el total.

Personal que trabaja en la Cooperativa

[Refiérase al personal que trabaja no en calidad de socio sino como trabajador independiente (remunerado o no) no incluya servicios tercerizados]

4.1 Personal Ocupado al último día hábil del año 2004

Personal Remunerado

Personal No Remunerado
[Incluye Familiares, Pasantias, Planes de Empleo, etc.]

4.2 Personal Ocupado al día de la fecha

Personal Remunerado

Personal No Remunerado
[Incluye Familiares, Pasantias, Planes de Empleo, etc.]

Nómina de Autoridades

5.1 Cantidad de Miembros del Consejo de Administración		5.2 Cantidad de Miembros de la Sindicatura		
Titulares <input type="text"/>	Suplentes <input type="text"/>	Titulares <input type="text"/>	Suplentes <input type="text"/>	
Apellido y Nombre	Sexo	Tipo de Documento	N° de Documento	
5.3 Presidente	Femenino <input type="radio"/> 1 Masculino <input type="radio"/> 2	DNI <input type="radio"/> 1 LE <input type="radio"/> 2 LC <input type="radio"/> 3 CI <input type="radio"/> 4	<input type="text"/>	
5.4 Secretario	Femenino <input type="radio"/> 1 Masculino <input type="radio"/> 2	DNI <input type="radio"/> 1 LE <input type="radio"/> 2 LC <input type="radio"/> 3 CI <input type="radio"/> 4	<input type="text"/>	
5.5 Tesorero	Femenino <input type="radio"/> 1 Masculino <input type="radio"/> 2	DNI <input type="radio"/> 1 LE <input type="radio"/> 2 LC <input type="radio"/> 3 CI <input type="radio"/> 4	<input type="text"/>	
5.6 Síndico	Femenino <input type="radio"/> 1 Masculino <input type="radio"/> 2	DNI <input type="radio"/> 1 LE <input type="radio"/> 2 LC <input type="radio"/> 3 CI <input type="radio"/> 4	<input type="text"/>	

Capacitación y Asambleas

Aportes al Fondo de Liquidación Total: Ley de Educación y Promoción Cooperativa Ley 23.427

6.1 Fecha del último Aporte al Fondo de Liquidación Total
 Día Mes Año No Sabe/No Contesta 99

6.2 Monto del Último aporte
 \$ No Sabe/No Contesta 999

Detalle de la Última Capacitación realizada

7.1 Fecha de la última Capacitación realizada
 Día Mes Año No Sabe/No Contesta 99

7.2 Cantidad TOTAL de Concurrentes
 No Sabe/No Contesta 999

7.3 Cantidad de ASOCIADOS Concurrentes
 No Sabe/No Contesta 999

Detalle de la Última Asamblea Realizada

8.1 Fecha de la última Asamblea realizada
 Día Mes Año No Sabe/No Contesta 99

8.2 Cantidad TOTAL de Concurrentes
 No Sabe/No Contesta 999

Libros

9.1 Registro de Asociados

N° de Libro N° de Rúbrica Fecha de Rúbrica
 Día Mes Año Órgano Local en el que Rubricó
 [Sólo si rubricó] [Codifique según listado]

Llevar el libro en soporte magnético/informático 98 N° de Resolución de INAES
 [Que autoriza a proceder de esta manera] Fecha de la Resolución
 Día Mes Año

No llevan el libro por causas diversas 00 No está rubricado/ No está autorizado por INAES 00

9.2 Informes de Auditoría

N° de Libro N° de Rúbrica Fecha de Rúbrica
 Día Mes Año Órgano Local en el que Rubricó
 [Sólo si rubricó] [Codifique según listado]

Llevar el libro en soporte magnético/informático 98 N° de Resolución de INAES
 [Que autoriza a proceder de esta manera] Fecha de la Resolución
 Día Mes Año

No llevan el libro por causas diversas 00 No está rubricado/ No está autorizado por INAES 00

9.3 Actas de Asambleas

N° de Libro N° de Rúbrica Fecha de Rúbrica
 Día Mes Año Órgano Local en el que Rubricó
 [Sólo si rubricó] [Codifique según listado]

Llevar el libro en soporte magnético/informático 98 N° de Resolución de INAES
 [Que autoriza a proceder de esta manera] Fecha de la Resolución
 Día Mes Año

No llevan el libro por causas diversas 00 No está rubricado/ No está autorizado por INAES 00

[Pasa a 9.4] →



continúa Libros							
9.4 Actas de Reuniones del Consejo de Administración							
Nº de Libro	Nº de Rúbrica	Fecha de Rúbrica				Órgano Local en el que Rubricó	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Día	Mes	Año		[Sólo si rubricó]	<input type="text"/> [Codifique según listado]
Llevar el libro en soporte magnético/infórmatico <input type="radio"/> 98		Nº de Resolución de INAES [Que autoriza a proceder de esta manera]		Fecha de la Resolución			
		<input type="text"/>		Día	Mes	Año	
No llevan el libro por causas diversas <input type="radio"/> 00		No está rubricado/ No está autorizado por INAES <input type="radio"/> 00					
<hr/>							
9.5 Diario Nº							
Nº de Libro	Nº de Rúbrica	Fecha de Rúbrica				Órgano Local en el que Rubricó	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Día	Mes	Año		[Sólo si rubricó]	<input type="text"/> [Codifique según listado]
Llevar el libro en soporte magnético/infórmatico <input type="radio"/> 98		Nº de Resolución de INAES [Que autoriza a proceder de esta manera]		Fecha de la Resolución			
		<input type="text"/>		Día	Mes	Año	
No llevan el libro por causas diversas <input type="radio"/> 00		No está rubricado/ No está autorizado por INAES <input type="radio"/> 00					
<hr/>							
9.6 Inventario y Balances							
Nº de Libro	Nº de Rúbrica	Fecha de Rúbrica				Órgano Local en el que Rubricó	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Día	Mes	Año		[Sólo si rubricó]	<input type="text"/> [Codifique según listado]
Llevar el libro en soporte magnético/infórmatico <input type="radio"/> 98		Nº de Resolución de INAES [Que autoriza a proceder de esta manera]		Fecha de la Resolución			
		<input type="text"/>		Día	Mes	Año	
No llevan el libro por causas diversas <input type="radio"/> 00		No está rubricado/ No está autorizado por INAES <input type="radio"/> 00					
<hr/>							
9.7 Informe de Sindicatura							
Nº de Libro	Nº de Rúbrica	Fecha de Rúbrica				Órgano Local en el que Rubricó	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Día	Mes	Año		[Sólo si rubricó]	<input type="text"/> [Codifique según listado]
Llevar el libro en soporte magnético/infórmatico <input type="radio"/> 98		Nº de Resolución de INAES [Que autoriza a proceder de esta manera]		Fecha de la Resolución			
		<input type="text"/>		Día	Mes	Año	
No llevan el libro por causas diversas <input type="radio"/> 00		No está rubricado/ No está autorizado por INAES <input type="radio"/> 00					
<hr/>							
9.8 Iva Compras							
Nº de Libro	Nº de Rúbrica	Fecha de Rúbrica				Órgano Local en el que Rubricó	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Día	Mes	Año		[Sólo si rubricó]	<input type="text"/> [Codifique según listado]
Llevar el libro en soporte magnético/infórmatico <input type="radio"/> 98		Nº de Resolución de INAES [Que autoriza a proceder de esta manera]		Fecha de la Resolución			
		<input type="text"/>		Día	Mes	Año	
No llevan el libro por causas diversas <input type="radio"/> 00		No está rubricado/ No está autorizado por INAES <input type="radio"/> 00					
<hr/>							
9.9 Iva Ventas							
Nº de Libro	Nº de Rúbrica	Fecha de Rúbrica				Órgano Local en el que Rubricó	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Día	Mes	Año		[Sólo si rubricó]	<input type="text"/> [Codifique según listado]
Llevar el libro en soporte magnético/infórmatico <input type="radio"/> 98		Nº de Resolución de INAES [Que autoriza a proceder de esta manera]		Fecha de la Resolución			
		<input type="text"/>		Día	Mes	Año	
No llevan el libro por causas diversas <input type="radio"/> 00		No está rubricado/ No está autorizado por INAES <input type="radio"/> 00					

Publicaciones			
Describe la principal publicación o boletines que publica la entidad mencionando Nombre, Periodicidad, Formato y si es gratuito u oneroso			
10.1 Nombre de la Publicación [Consigñar Nombre Completo]	10.2 Periodicidad	10.3 Formato	10.4 ¿Es Gratuita o Paga?
.....	Semanal <input type="radio"/> 1 Bimestral <input type="radio"/> 4 Semestral <input type="radio"/> 7	Electrónico (Página Web/ Gacetilla por Mail) <input type="radio"/> 1	Gratuita <input type="radio"/> 1
.....	Quincenal <input type="radio"/> 2 Trimestral <input type="radio"/> 5 Anual <input type="radio"/> 8	En Papel <input type="radio"/> 2	Paga <input type="radio"/> 2
.....	Mensual <input type="radio"/> 3 Cuatrimestral <input type="radio"/> 6 Menos que anual <input type="radio"/> 9		
Ninguna <input type="radio"/> 00			

Adhesión a Federaciones

EMPADRONADOR TRANSCRIBA TEXTUALMENTE EL NOMBRE DE TODAS LAS FEDERACIONES O CONFEDERACIONES A LAS QUE ADHIERE LA ENTIDAD SI NO ADHIEREN A NINGUNA CONSIGNAR "NINGUNA"

11.1 ¿Está esta entidad adherida a alguna Federación o Confederación de Cooperativas? ¿A cuáles?

1

2

3

4

5

Uso Interno

Servicios de Salud

12.0 ¿Presta esta entidad Servicios de Atención de la Salud? [Primario y/o de Mayor Complejidad]

SI 1

NO 2 [Pasar a Datos del Respondente]

12.1 ¿Brinda Servicios a Entidades de la Seguridad Social o a otras instituciones?

SI 1

NO 2

12.2 Cantidad Total de Beneficiarios

12.3 Alcance de la Cobertura de los Planes [Marque todos los que correspondan/Si tiene diferentes planes consignar el que abarca a la mayor cantidad de beneficiarios/En los descuentos por medicación consignar siempre el menor]

Programa Médico Obligatorio

Prácticas Médicas Ambulatorias

Internaciones Clínicas y Quirúrgicas de 2º y 3º Nivel

Alta Complejidad Médica

Descuentos en Prótesis y Ortesis

Descuentos en Medicación Ambulatoria [Consignar Porcentaje]

Total 1

SI, con Coseguro 1

SI 1

SI 1

SI 1

_____ %

Parcial 2

SI, sin Coseguro 2

NO 2

NO 2

NO 2

No tiene 000

NO, no lo cubre 3

No sabe/No Cont 999

12.4 Capacidad Instalada [Marque todos los que correspondan]

Farmacias

Consultorios o Centros Médicos Ambulatorios

Hospitales o Centros de Internación

SI, Propios 1

SI, Propios 1

SI, Propios 1

SI, Contratados/ Por Acuerdos 2

SI, Contratados/ Por Acuerdos 2

SI, Contratados/ Por Acuerdos 2

NO 3

NO 3

NO 3

Datos del Respondente/Empadronador

Nombre y Apellido del Respondente 1

Cargo

Declaro que las informaciones por mí brindadas son verdaderas y fueron correctamente anotadas en el cuestionario

Firma

Nombre y Apellido del Respondente 2

Cargo

Declaro que las informaciones por mí brindadas son verdaderas y fueron correctamente anotadas en el cuestionario

Firma

Nombre y Apellido del Respondente 3

Cargo

Declaro que las informaciones por mí brindadas son verdaderas y fueron correctamente anotadas en el cuestionario

Firma

Nombre y Apellido del Empadronador

Uso Interno

Fecha de empadronamiento

Día _____ Mes _____ Año _____

Declaro que las informaciones por mí recolectadas son verdaderas y fueron correctamente anotadas en el cuestionario

Firma



Observaciones

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

USO INTERNO	Supervisión Local	Fecha de Supervisión Local	Supervisor N°	Supervisión Central	Tipo de Supervisión	Fecha de Supervisión Central	Supervisor N°
	SI <input type="radio"/> 1	Día Mes		SI <input type="radio"/> 1	Telefónica <input type="radio"/> 1	Día Mes	
	NO <input type="radio"/> 2	[][] [][]	[]	NO <input type="radio"/> 2	Presencial <input type="radio"/> 2	[][] [][]	[]
Editor/Codificador N° []			Grabador N° []				