



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? _____ [Pasarse a 2.1] NO 00 [Pasarse 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

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

Ruta Nacional 2

3.6 N°|Km

3.7 Piso

3.8 Dpto|Oficina

3.9 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 Mutual

[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 de la Comisión Directiva		5.2 Cantidad de Miembros de la Junta Fiscalizadora		
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 CI <input type="radio"/> 4	LC <input type="radio"/> 3	<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 CI <input type="radio"/> 4	LC <input type="radio"/> 3	<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 CI <input type="radio"/> 4	LC <input type="radio"/> 3	<input type="text"/>
5.6 Primer Vocal	Femenino <input type="radio"/> 1 Masculino <input type="radio"/> 2	DNI <input type="radio"/> 1 LE <input type="radio"/> 2 CI <input type="radio"/> 4	LC <input type="radio"/> 3	<input type="text"/>
5.6 Segundo Vocal	Femenino <input type="radio"/> 1 Masculino <input type="radio"/> 2	DNI <input type="radio"/> 1 LE <input type="radio"/> 2 CI <input type="radio"/> 4	LC <input type="radio"/> 3	<input type="text"/>

Artículo 9/ANSES-ANSSAL/Asambleas

Pago del Artículo 9

6.1 Fecha del último pago del Artículo 9
 Día Mes Año

6.2 Monto del Último aporte
 \$

Nunca Aportó 00 No Sabe/No Contesta 99

ANSES-ANSSAL

7.1 ¿Está la entidad Inscripta en ANSES?
 SI 1
 NO 2

7.2 ¿Está la entidad Inscripta en ANSSAL?
 SI 1 [Pasa a 7.3]
 NO 2 [Pasa a 8.1]

7.3 ¿Tiene Códigos de Descuento? ¿Cuántos?

 No Tiene 00 No Sabe/No Contesta 99

Detalle de la Última Asamblea Realizada

8.1 Fecha de la última Asamblea realizada
 Día Mes Año

8.2 Cantidad TOTAL de Concurrentes

Nunca Realizó 00 No Sabe/No Contesta 99

Libros

9.1 Diario de la Entidad

N° de Libro N° de Rúbrica

Fecha de Rúbrica
 Día Mes Año

Órgano Local en el que Rubricó
 [Solo 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 Actas del Consejo Directivo

N° de Libro N° de Rúbrica

Fecha de Rúbrica
 Día Mes Año

Órgano Local en el que Rubricó
 [Solo 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 Registro de Asociados

N° de Libro N° de Rúbrica

Fecha de Rúbrica
 Día Mes Año

Órgano Local en el que Rubricó
 [Solo 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 Asambleas									
N° de Libro		N° de Rúbrica		Fecha de Rúbrica			Órgano Local en el que Rubricó		
_____		_____		Día	Mes	Año	[Sólo si rubricó]		
_____		_____		_ _	_ _	_ _ _ _	[Codifique según listado]		
Llevar el libro en soporte magnético/informático		<input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 00	● No está rubricado/ No está autorizado por INAES		<input type="radio"/> 00				

9.5 Asistencia a Asambleas									
N° de Libro		N° de Rúbrica		Fecha de Rúbrica			Órgano Local en el que Rubricó		
_____		_____		Día	Mes	Año	[Sólo si rubricó]		
_____		_____		_ _	_ _	_ _ _ _	[Codifique según listado]		
Llevar el libro en soporte magnético/informático		<input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 00	● No está rubricado/ No está autorizado por INAES		<input type="radio"/> 00				

9.6 Inventario y Balances									
N° de Libro		N° de Rúbrica		Fecha de Rúbrica			Órgano Local en el que Rubricó		
_____		_____		Día	Mes	Año	[Sólo si rubricó]		
_____		_____		_ _	_ _	_ _ _ _	[Codifique según listado]		
Llevar el libro en soporte magnético/informático		<input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 00	● No está rubricado/ No está autorizado por INAES		<input type="radio"/> 00				

9.7 Caja									
N° de Libro		N° de Rúbrica		Fecha de Rúbrica			Órgano Local en el que Rubricó		
_____		_____		Día	Mes	Año	[Sólo si rubricó]		
_____		_____		_ _	_ _	_ _ _ _	[Codifique según listado]		
Llevar el libro en soporte magnético/informático		<input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 00	● No está rubricado/ No está autorizado por INAES		<input type="radio"/> 00				

9.8 Acta de Junta Fiscalizadora									
N° de Libro		N° de Rúbrica		Fecha de Rúbrica			Órgano Local en el que Rubricó		
_____		_____		Día	Mes	Año	[Sólo si rubricó]		
_____		_____		_ _	_ _	_ _ _ _	[Codifique según listado]		
Llevar el libro en soporte magnético/informático		<input type="radio"/> 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		<input type="radio"/> 00	● No está rubricado/ No está autorizado por INAES		<input type="radio"/> 00				

9.9 Libro de Auditoría [Sólo a entidades que brindan servicio de Ayuda Económica Mutua]									
N° de Libro		N° de Rúbrica		Fecha de Rúbrica			Órgano Local en el que Rubricó		
_____		_____		Día	Mes	Año	[Sólo si rubricó]		
_____		_____		_ _	_ _	_ _ _ _	[Codifique según listado]		
Llevar el libro en soporte magnético/informático		<input type="radio"/> 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		<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 Mutuales? ¿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 [Pasarse a 13.0]

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 2° y 3° Nivel

Alta Complejidad Médica

Descuentos en Prótesis y Ortesis

Descuentos en Medicación Ambulatoria [Consignar Porcentaje]

Total 1
Parcial 2

SI, con Coseguro 1
SI, sin Coseguro 2
NO, no lo cubre 3

SI 1
NO 2

SI 1
NO 2

SI 1
NO 2

_____ %
No tiene 000
No sabe/No Cont 999

12.4 Capacidad Instalada [Marque todos los que correspondan]

Farmacias

SI, Propios 1
SI, Contratados/ Por Acuerdos 2
NO 3

Consultorios o Centros Médicos Ambulatorios

SI, Propios 1
SI, Contratados/ Por Acuerdos 2
NO 3

Hospitales o Centros de Internación

SI, Propios 1
SI, Contratados/ Por Acuerdos 2
NO 3

Ayuda Económica

13.0 ¿Presta esta entidad Servicios de Ayuda Económica Mutual?

SI 1
NO 2 [Pasarse a Datos del Respondente]

13.1 Fecha de Aprobación del Reglamento por la Comisión Directiva

Día Mes Año
____ | ____ | _____

No está aprobado 000
No sabe/No Cont 999

13.2 Modalidad por la que prestan el Servicio de Ayuda Económica Mutual [Mencionar modalidad general y resoluciones]

Por Captación de Ahorro

Resolución 299/89 1
Resolución 268/95 2
Resolución 1537/96 3
Resolución 1418/03 4
Otras Resoluciones 5

Con Fondos Propios

Resolución 299/89 1
Resolución 268/95 2
Resolución 1537/96 3
Resolución 1418/03 4
Otras Resoluciones 5

13.3 Cantidad de Asociados Vinculados

Con los Ahorros Mutuales

Con los Ayudas Económicas Otorgadas

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

