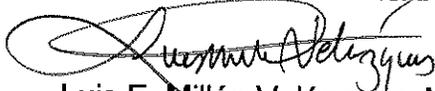


3 de mayo de 2013

**CARTA INFORMATIVA 2013-09**

**A TODAS LAS COOPERATIVAS DE TIPOS DIVERSOS**



Luis E. Millán Velázquez, MBA, CFE  
Presidente Ejecutivo Interino

**CUESTIONARIO REGLAMENTO NÚM. 8320**

El 17 de diciembre de 2012, la Corporación aprobó el Reglamento de Normas de Supervisión y Fiscalización para las Cooperativas de Proveedores de Servicios de Salud (Reglamento Núm. 8320). Este Reglamento aplica a las cooperativas de salud creadas al amparo de la Ley Núm. 239 de 1 de septiembre de 2004, según enmendada. Su propósito es establecer los procedimientos de supervisión y fiscalización necesarios y adecuados sobre las actividades o actuaciones de las Cooperativas de Proveedores de Servicios de Salud (CPSS) durante cualquier proceso de negociación con las organizaciones de servicios de salud y planes médicos, entre otras.

Como parte de la fiscalización de este Reglamento hemos preparado un cuestionario, el cual tiene el propósito de recopilar información general de la institución e identificar las cooperativas que les aplican las disposiciones de esta nueva regulación. Les incluimos copia del cuestionario. Solicitamos lo completen en todas sus partes y lo devuelvan a la Corporación en el sobre pre dirigido no más tarde del 17 de mayo de 2013.

De tener alguna duda, sobre el particular, pueden comunicarse a nuestras Oficinas.

Anejo

## CUESTIONARIO

### COOPERATIVAS DE SALUD AL AMPARO DEL REGLAMENTO DE NORMAS DE SUPERVISIÓN Y FISCALIZACIÓN DE LAS COOPERATIVAS DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD

Nombre de la Cooperativa: \_\_\_\_\_

Número CR: \_\_\_\_\_

1. De acuerdo a sus Cláusulas de Incorporación, ¿Cuál fue el propósito para el cual la cooperativa fue creada? Defina (letra de molde)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es el mes y el año en que comenzó a operar su Cooperativa?

**Mes:** \_\_\_\_\_

**Año:** \_\_\_\_\_

3. ¿En qué mes cierra operacionalmente la Cooperativa?

Mes Cierre Operacional: \_\_\_\_\_

4. ¿Sus socios son proveedores de servicios de salud?

**Sí:** \_\_\_\_\_ **No:** \_\_\_\_\_

Si contesta no; finalizó la contestación del cuestionario. No tiene que continuar contestando las próximas preguntas.

De contestar afirmativamente, debe detallar sus proveedores de salud:

- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_
- d. \_\_\_\_\_
- e. \_\_\_\_\_
- f. \_\_\_\_\_
- g. \_\_\_\_\_
- h. \_\_\_\_\_
- i. \_\_\_\_\_
- j. \_\_\_\_\_
- k. \_\_\_\_\_

5. ¿Si su Cooperativa ésta compuesta por proveedores de salud en conformidad con las disposiciones de la Ley Núm. 239 de 2004, según enmendada, favor de marcar con (X) los servicios que proveen y que detallamos a continuación:

Servicios	(X)
a. Mercadear, negociar o promover servicios de cuidado de salud	
b. Comprar materiales para la venta	
c. Prestación de servicios de salud	

*Nota: Si brinda más de un servicio favor de marcarlo en la columna con (X)*

6. ¿Es usted una Cooperativa de Proveedores de Servicios de Salud, de nueva formación? Entiéndase con menos de un año de haber obtenido el permiso de COSSEC para operar.

**Sí:** \_\_\_\_\_ **No:** \_\_\_\_\_