# Soportes de Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud Vigente IPS CIREN

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

| PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES |
|---|---|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| Nit:NI<br>Cédula ciudadanía:CC<br>Cédula extranjería:CE | NI 900632798 - 5 |
| Naturaleza Jurídica | Privada |

**DATOS GENERALES DEL PRESTADOR**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Departamento | Nariño | Municipio | PASTO |
| Código de Prestador | 5200102130 - 01 | | |
| Nombre del Prestador | CIREN ABA SAS | | |
| Clase de Prestador | Instituciones - IPS | Empresa Social del Estado | |
| Dirección | CARRERA 29 Nº19-45 B/ LAS CUADRAS | | |
| Teléfono(s) | 7226557 | | |
| Fax | | | |
| Correo Electrónico | cirenaba@hotmail.com | | |
| Razón Social | CIREN ABA SAS | | |
| Representante Legal | ANA MILENA REYES SANTACRUZ | | |
| Nivel Atención Prestador | | Carácter Territorial | |
| Fecha de Inscripción | 20140228 | Fecha de Vencimiento | 20210831 |

**Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 06 de julio de 2021 (8:47 p. m.)**

REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en Buscar para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | **SERVICIOS** | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

**Esta visualizando los servicios habilitados por el prestador de servicios de salud, ya sea con la Resolución 2003 de 2014 ó la Resolución 3100 de 2019. El próximo 1 de septiembre de 2021, usted visualizará en este formulario solamente los servicios que quedaron habilitados por el prestador de servicios de salud con la Resolución 3100 de 2019 después de la actualización que están realizando los prestadores de servicios de salud de acuerdo a la Resolución 3100 de 2019.**

NIT/CC -

Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador 5200102130 - Clase de Prestador

Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Carácter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento Municipio

Código de la Sede -

Nombre de la Sede

SERVICIO

**Esta información del servicio de salud que esta visualizando hace parte de la habilitación del servicio en la Resolución 2003 de 2014. Si desea tener la información completa de este servicio con los atributos de la Resolución 3100 de 2019, descargue la informacion en EXCEL y visualice a partir de la columna AP, los nuevos atributos del servicio. Si el servicio no tiene información en el documento en EXCEL a partir de la columna AP, dicho servicio aún no ha realizado la actualización del portafolio. Fecha máxima de este proceso 31 de agosto de 2021. Resolución 3100 de 2019.**

Grupo Número Distintivo de Habilitación del Servicio

Servicio

Modalidad
- Intramural: Ambulatorio
- Intramural: Hospitalario
- Extramural: Unidad Móvil
- Extramural: Domiciliario
- Extramural: Otras Extramural
- Telemedicina: Centro Referencia
- Telemedicina: Institución Remisora

Complejidad Baja Media Alta

Fecha apertura del servicio AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

**Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 06 de julio de 2021 (8:49 p. m.)**

Excel Word Texto

**(9) registros encontrados.**

1

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Servicio | Distintivo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nariño | PASTO | 5200102130 | 01 | CIREN ABA | 327 -MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | DHS058659 |
| Nariño | PASTO | 5200102130 | 01 | CIREN ABA | 339 -ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA | DHS789080 |
| Nariño | PASTO | 5200102130 | 01 | CIREN ABA | 344 -PSICOLOGÍA | DHS058660 |
| Nariño | PASTO | 5200102130 | 01 | CIREN ABA | 345 -PSIQUIATRÍA | DHS611040 |
| Nariño | PASTO | 5200102130 | 01 | CIREN ABA | 388 -NEUROPEDIATRÍA | DHS058661 |
| Nariño | PASTO | 5200102130 | 01 | CIREN ABA | 728 -TERAPIA OCUPACIONAL | DHS058662 |
| Nariño | PASTO | 5200102130 | 01 | CIREN ABA | 729 -TERAPIA RESPIRATORIA | DHS238023 |
| Nariño | PASTO | 5200102130 | 01 | CIREN ABA | 739 -FISIOTERAPIA | DHS058663 |
| Nariño | PASTO | 5200102130 | 01 | CIREN ABA | 740 -FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | DHS058664 |

1

**ANA MILENA REYES SANTACRUZ**
**Representante Legal**
CC: 1085250972
IPS CIREN ABA SAS

# CONSTANCIA AUTOEVALUACIÓN

| | |
|---|---|
| **Código y Nombre del Prestador** | **5200102130 - CIREN ABA SAS** |
| **Código y Nombre de la Sede** | **520010213001-CIREN ABA** |

**Fecha de la DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS:31/01/2019 8:47:07 a. m..**

***Servicios declarados en la Autoevaluación:***

| GRUPO DEL SERVICIO | CÓDIGO SERVICIO | NOMBRE DEL SERVICIO |
|---|---|---|
| CONSULTA EXTERNA | 327 | MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN |
| CONSULTA EXTERNA | 344 | PSICOLOGÍA |
| CONSULTA EXTERNA | 345 | PSIQUIATRÍA |
| CONSULTA EXTERNA | 388 | NEUROPEDIATRÍA |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 728 | TERAPIA OCUPACIONAL |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 729 | TERAPIA RESPIRATORIA |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 739 | FISIOTERAPIA |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 740 | FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE |

**En caso de cualquier inquietud con la CONSTANCIA AUTOEVALUACIÓN comuniquese con la INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO - Dirección:Carrera 29 Calles 14 y 15 Plazuela Bombona - Telefono(s):7235428-7236928 7235428-7236928 EXT. 164 - Correo Electronico:bocampo@idsn.gov.co**

**Fecha de impresión: martes 30 de abril de 2019 (6:45 p. m.).**

**Versión 2.0.**

# ESTADO ACTUAL DE LA INSCRIPCIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Entidad Territorial de Salud: | INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO. | | | | | | |
| Código y Nombre del Prestador: | 5200102130 - CIREN ABA SAS | | | | | | |
| NI:Nit / CC:Cédula | NI:900632798-5 | Nombre o razón social: | CIREN ABA SAS | | | | |
| Fecha de inscripción: | 2014/02/28 | Fecha de vencimiento: | 2020/02/28 | Clase de prestador: | Instituciones - IPS | | |
| Clase de persona: | JURIDICO | Naturaleza Jurídica: | PRIVADA | Nivel de Atención del Prestador: | | | |
| Empresa Social del Estado: | | | | Carácter Territorial de la Entidad: | | | |
| Representante Legal: | ANA MILENA REYES SANTACRUZ | | | Dirección administrativa: | CARRERA 29 Nº19-45 B/ LAS CUADRAS | | |
| Telefono: | 7226557 | Fax: | | Email: | cirenaba@hotmail.com | | |
| Municipio: | PASTO | | | Departamento: | NARIÑO | | |

ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

| NOMBRE ACTO. | NÚMERO ACTO | FECHA ACTO | ENTIDAD QUE EXPIDE | CIUDAD QUE EXPIDE |
|---|---|---|---|---|
| MATRÍCULA MERCANTIL | 148714-16 | 20130628 | CAMARA DE COMERCIO DE PASTO | SAN JUAN DE PASTO |

FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.(AAAAMMDD)

SEDE PRINCIPAL ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Código y Nombre Sede Principal: | 520010213001 - CIREN ABA | | | | |
| Dirección: | CARRERA 29 Nº19-45 B/ LAS CUADRAS | | | Barrio: | LAS CUADRAS |
| Telefono: | 7226557 | Fax: | | Email: | cirenaba@hotmail.com |
| Gerente: | ANA MILENA REYES SANTACRUZ | | | Fecha de Apertura: | 2014/02/28 |
| Municipio: | PASTO | | | Departamento: | NARIÑO |

SEDE ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Código y Nombre Sede: | 520010213001 - CIREN ABA | | | | |
| Dirección: | CARRERA 29 Nº19-45 B/ LAS CUADRAS | | | Barrio: | LAS CUADRAS |
| Telefono: | 7226557 | Fax: | | Email: | cirenaba@hotmail.com |
| Gerente: | ANA MILENA REYES SANTACRUZ | | | Fecha de Apertura: | 2014/02/28 |
| Municipio: | PASTO | | | Departamento: | NARIÑO |

SERVICIOS ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

| GRUPO DEL SERVICIO | COD SER | NOMBRE SERVICIO | AMB | HOSP | MOVI | DOMI | OTRA | CR | IR | BAJA | MEDI | ALTA | FECHA APERTURA (AAAAMMDD) | DISTINTIVO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONSULTA EXTERNA | 327 | MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | NO | 20140313 | DHS058659 |
| CONSULTA EXTERNA | 339 | ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | NO | 20190422 | DHS789080 |
| CONSULTA EXTERNA | 344 | PSICOLOGÍA | SI | NO | NO | SI | NO | NO | NO | SI | NO | NO | 20140313 | DHS058660 |
| CONSULTA EXTERNA | 345 | PSIQUIATRÍA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | NO | 20180115 | DHS611040 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONSULTA EXTERNA | 388 | NEUROPEDIATRÍA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | NO | 20140313 | DHS058661 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 728 | TERAPIA OCUPACIONAL | SI | NO | NO | SI | NO | NO | NO | SI | NO | NO | 20140228 | DHS058662 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 729 | TERAPIA RESPIRATORIA | SI | NO | NO | SI | NO | NO | NO | SI | NO | NO | 20150217 | DHS238023 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 739 | FISIOTERAPIA | SI | NO | NO | SI | NO | NO | NO | SI | NO | NO | 20140228 | DHS058663 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 740 | FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | SI | NO | NO | SI | NO | NO | NO | SI | NO | NO | 20140228 | DHS058664 |

SERVICIOS CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO. ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

CONVENCIONES:

AMB: Intramural Ambulatorio
HOSP: Intramural Hospitalario

MOVI: Extramural Móvil
DOMI: Extramural Domiciliario
OTRA: Extramural Otras

CR: Telemedicina Centro Referencia
IR: Telemedicina Institución Remisora

BAJA: Complejidad Baja
MEDI: Complejidad Media
ALTA: Complejidad Alta

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD. ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

| GRUPO CAPACIDAD | CONCEPTO | CANTIDAD |
|---|---|---|
| SALAS | PROCEDIMIENTOS | 0 |

DETALLE AMBULANCIAS ANTES DE REALIZAR LA NOVEDAD.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias

---

Señor PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD:

1. Los Prestadores de Servicios de Salud estarán en la obligación de reportar las novedades que adelante se enuncian(Articulo 12, Resolución 2003 de 2014.), ante la respectiva Entidad Departamental o Distrital de Salud, diligenciando el formulario de reporte de novedades disponible en el aplicativo del REPS, publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud y, cuando sea del caso, deberán anexar los soportes como se menciona en el numeral 3.5 de la Hoja No. 206 de la Resolución 2003 de 2014, hasta cuando no realice el anterior proceso, NO se considerará radicada la novedad y no se verá reflejada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, lo anterior dentro lo normado en la Resolución 2003 de 2014).

2. Esta información NO ES VALIDA como CONSTANCIA DE HABILITACION, es una visualización, para conocer el estado actual de la inscripción del prestador de servicios de salud, antes de realizar su NOVEDAD.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, la plataforma software REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud).

Impreso por: 520010213001

Versión 1.0.

Fecha de impresión: lunes 20 de mayo de 2019 (12:41 a. m.).

# CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

**INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO.**

**SUBDIRECCION DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO.**

**SUBDIRECTORA.**

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO
SUBDIRECCION DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO

# HACE CONSTAR

HACE CONSTAR

**Que el prestador de servicios de salud CIREN ABA SAS, en su sede de prestador CIREN ABA del municipio de PASTO - departamento de NARIÑO, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud de INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO y se considera habilitado para prestar los servicios declarados en el formulario de inscripción con los siguientes datos generales:**

**IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Código y Nombre del Prestador:** | **5200102130 - CIREN ABA SAS** | | | | |
| **NI:Nit / CC:Cédula** | **NI:900632798-5** | **Nombre o razón social:** | **CIREN ABA SAS** | | |
| **Fecha de inscripción:** | **2014/02/28** | **Fecha de vencimiento:** | **2018/02/28** | **Clase de prestador:** | **Instituciones - IPS** |
| **Clase de persona:** | **JURIDICO** | **Naturaleza Jurídica:** | **PRIVADA** | **Nivel de Prestación de Servicios:** | |
| **Empresa Social del Estado:** | | | | **Carácter Territorial de la Entidad:** | |
| **Representante Legal:** | **ANA MILENA REYES SANTACRUZ** | | | **Dirección administrativa:** | **CARRERA 29 N°19-45 B/ LAS CUADRAS** |
| **Telefono:** | **7226557** | **Fax:** | | **Email:** | **cirenaba@hotmail.com** |
| **Municipio:** | **PASTO** | | | **Departamento:** | **NARIÑO** |

**ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.**

| NOMBRE ACTO. | NÚMERO ACTO | FECHA ACTO | ENTIDAD QUE EXPIDE | CIUDAD QUE EXPIDE |
|---|---|---|---|---|
| MATRÍCULA MERCANTIL | 148714-16 | 20130628 | CAMARA DE COMERCIO DE PASTO | SAN JUAN DE PASTO |

**FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.(AAAAMMDD)**

**SEDE PRINCIPAL.**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Código y Nombre Sede Principal:** | **520010213001 - CIREN ABA** | | | | |
| **Dirección:** | **CARRERA 29 N°19-45 B/ LAS CUADRAS** | | | **Barrio:** | **LAS CUADRAS** |
| **Telefono:** | **7226557** | **Fax:** | | **Email:** | **cirenaba@hotmail.com** |
| **Gerente:** | **ANA MILENA REYES SANTACRUZ** | | | **Fecha de Apertura:** | **2014/02/28** |
| **Municipio:** | **PASTO** | | | **Departamento:** | **NARIÑO** |

SEDE

**SEDE.**

Scanned by CamScanner

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Código y Nombre Sede:** | 520010213001 - CIREN ABA | | | | |
| **Dirección:** | CARRERA 29 Nº19-45 B/ LAS CUADRAS | | | **Barrio:** | LAS CUADRAS |
| **Telefono:** | 7226557 | **Fax:** | | **Email:** | cirenaba@hotmail.com |
| **Gerente:** | ANA MILENA REYES SANTACRUZ | | **Fecha de Apertura:** | | 2014/02/28 |
| **Municipio:** | PASTO | | **Departamento:** | | NARIÑO |

**SERVICIOS.**

| GRUPO DEL SERVICIO | COD SER | NOMBRE SERVICIO | AMB | HOSP | MOVI | DOMI | OTRA | CR | IR | BAJA | MEDI | ALTA | FECHA APERTURA (AAAAMMDD) | DISTINTIVO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONSULTA EXTERNA | 327 | MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | NO | 20140313 | DHS058659 |
| CONSULTA EXTERNA | 344 | PSICOLOGÍA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | NO | NO | 20140313 | DHS058660 |
| CONSULTA EXTERNA | 345 | PSIQUIATRÍA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | NO | 20180115 | DHS611040 |
| CONSULTA EXTERNA | 388 | NEUROPEDIATRÍA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | NO | 20140313 | DHS058661 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 728 | TERAPIA OCUPACIONAL | SI | NO | NO | SI | NO | NO | NO | SI | NO | NO | 20140228 | DHS058662 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 729 | TERAPIA RESPIRATORIA | SI | NO | NO | SI | NO | NO | NO | SI | NO | NO | 20150217 | DHS238023 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 739 | FISIOTERAPIA | SI | NO | NO | SI | NO | NO | NO | SI | NO | NO | 20140228 | DHS058663 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 740 | FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | SI | NO | NO | SI | NO | NO | NO | SI | NO | NO | 20140228 | DHS058664 |

**SERVICIOS CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO.**

No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

**CONVENCIONES:**

**AMB:** Intramural Ambulatorio
**HOSP:** Intramural Hospitalario
**MOVI:** Extramural Móvil
**DOMI:** Extramural Domiciliario
**OTRA:** Extramural Otras
**CR:** Telemedicina Centro Referencia
**IR:** Telemedicina Institución Remisora
**BAJA:** Complejidad Baja
**MEDI:** Complejidad Media
**ALTA:** Complejidad Alta

**CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.**

| GRUPO CAPACIDAD | CONCEPTO | CANTIDAD |
|---|---|---|
| SALAS | PROCEDIMIENTOS | 8 |

**DETALLE AMBULANCIAS.**

**No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias**

**La presente CONSTANCIA se expide previa revisión por parte de INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO, de los Formularios de Inscripción y novedades diligenciados por el prestador CIREN ABA SAS, quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016 y la Resolucion 2003 de 2014 ó las demás que la sustituyan, modifiquen o deroguen; así como las implicaciones del incumplimiento de las condiciones declaradas.**

**Dada el día martes 16 de enero de 2018 (4:46 p. m.).**

**MARCELA PINZON SOLARTE.**
**SUBDIRECTORA.**

**Los anteriores datos tienen como fuente de información, la plataforma software REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud).**

**Elaborado por el usuario del ente territorial: 52000REPS**

**Impreso por el usuario del ente territorial: 52000REPS**

**Versión 1.0.**

**Fecha de impresión: martes 16 de enero de 2018 (4:46 p. m.).**



Scanned by CamScanner

| Instituto Departamental de Salud de Nariño | CERTIFICACIÓN | | |
|---|---|---|---|
| | CÓDIGO: F-PGED05-12 | VERSIÓN: 01 | FECHA: 23-08-2013 |

San Juan de Pasto, 12 de febrero 2014 C-060

**INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO**

EL SUBDIRECTOR DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO

**HACE CONSTAR**

Que una vez realizada la consulta a la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y a la Resolución 2003 de 2014, mediante la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de salud y de habilitación de servicios de salud, se verificó que no existe la especialidad de Neuro psicología, por lo tanto no es posible habilitar dicha especialidad.

Se expide por petición de la doctora ANA MILENA REYES, Gerente, de la IPS CIREN ABA, inscrita en el Registro Especial de Prestadores con código 520010213001.

JAVIER ANDRES RUANO GONZALEZ

Ruby M



Scanned by CamScanner