



Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

## Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Adoptado mediante circular 000045 de 30 de octubre de 2006

Antes de diligenciar el formulario, por favor lea cuidadosamente el instructivo. Formulario de distribución gratuita. Prohibida su venta.

v.3.0

### Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud

|                                                                                        |                                                                |                                                                                                   |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1. Código de Prestador Principal<br><b>23 001 01134 01</b><br>Dep Mun Consecutivo Sede | 2. Fecha Inscripción<br><b>2007 01 24</b><br>(Año) (Mes) (Día) | 3. No. Radicación<br><b>000013</b>                                                                | 4. Código de Sede<br><b>23 001 01134 01</b><br>Dep Mun Consecutivo Sede |
| 5. Fecha Renovación                                                                    | 6. Fecha Vencimiento<br><b>2011 01 24</b><br>(Año) (Mes) (Día) | 7. Entidad que registra<br><b>SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD<br/>GOBERNACION DE CORDOBA</b> |                                                                         |

### A. IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR

|                                                                                                                                                                                                                   |                         |             |                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8. Clase de Prestador<br>IPS <input checked="" type="checkbox"/> Profesional Independiente <input type="checkbox"/> Transporte Especial <input type="checkbox"/> Objeto Social Diferente <input type="checkbox"/> |                         |             |                                                                                                      |
| 9. Nombres y Apellidos del Profesional Independiente o Razón Social de la IPS<br>VISION TOTAL E.U.                                                                                                                |                         |             |                                                                                                      |
| 10. Tipo Identificación<br>CC <input type="checkbox"/> NIT <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                    | 11. Número<br>830504734 | 12. DV<br>2 | 13. Tipo de Persona<br>Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input checked="" type="checkbox"/> |
| 14. Naturaleza Jurídica<br>Privado con Ánimo de Lucro <input checked="" type="checkbox"/> Privado sin Ánimo de Lucro <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>     |                         |             |                                                                                                      |
| 15. Sitio Web<br>visiontotal@hotmail.com                                                                                                                                                                          |                         |             |                                                                                                      |

### Ubicación del Profesional Independiente o de la Sede Administrativa de la IPS

|                                |                                 |                                                   |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------|
| 16. Departamento<br>23.Córdoba | 17. Municipio<br>23001.MONTERÍA | 18. Dirección<br>Cra 9 #27-27, piso 4, local 2    |
| 19. Teléfono<br>57477907077    | 20. Fax                         | 21. Correo Electrónico<br>visiontotal@hotmail.com |

### Representante Legal de la IPS

|                                                                                               |                                 |                                            |                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------|
| 22. Primer Apellido<br>NEGRETE                                                                | 23. Segundo Apellido<br>RAMIREZ | 24. Primer Nombre<br>TONY                  | 25. Segundo Nombre<br>ALEXANDER |
| 26. Tipo Identificación<br>CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> | 27. Número<br>78754162          | 28. Forma de Vinculación<br>1.Periodo Fijo |                                 |

### Prestadores Públicos

|                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                           |                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 29. Carácter Territorial<br>Nacional <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Distrital <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/>                        | 30. Nivel de Atención<br>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | 31. Empresa Social Estado<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 32. Acto de Constitución<br>Acuerdo <input type="checkbox"/> Ordenanza <input type="checkbox"/> Ley <input type="checkbox"/> Decreto <input type="checkbox"/> Resolución <input type="checkbox"/> | 33. Número de Acto                                                                                        | 34. Fecha de Acto                                                                    |

### Prestadores Privados y Mixtos

|                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 35. Acto de Constitución<br>Acuerdo <input type="checkbox"/> Ordenanza <input type="checkbox"/> Ley <input type="checkbox"/> Decreto <input type="checkbox"/> Resolución <input type="checkbox"/> Matrícula Mercantil <input checked="" type="checkbox"/> | 36. Número de Acto<br>74775          | 37. Fecha de Acto<br>2004 10.Octubre |
| 38. Entidad que Expide<br>CAMARA DE COMERCIO                                                                                                                                                                                                              | 39. Ciudad de Expedición<br>MONTERIA |                                      |

### Prestadores Indígenas

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |                   |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------|------------------------|
| 40. Acto de Constitución<br>Acuerdo <input type="checkbox"/> Ordenanza <input type="checkbox"/> Ley <input type="checkbox"/> Decreto <input type="checkbox"/> Resolución <input type="checkbox"/> Matrícula Mercantil <input type="checkbox"/> Acta Autoridad Indígena <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> | 41. Número de Acto | 42. Fecha de Acto | 43. Entidad que Expide |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------|------------------------|



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

## Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Adoptado mediante circular 000045 de 30 de octubre de 2006

Antes de diligenciar el formulario, por favor lea cuidadosamente el instructivo. Formulario de distribución gratuita. Prohibida su venta. v.3.0

**Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud**

|                                  |     |                  |                      |       |       |                   |  |  |                   |     |                  |
|----------------------------------|-----|------------------|----------------------|-------|-------|-------------------|--|--|-------------------|-----|------------------|
| 1. Código de Prestador Principal |     |                  | 2. Fecha Inscripción |       |       | 3. No. Radicación |  |  | 4. Código de Sede |     |                  |
| 23 001 01134 01                  |     |                  | 2007 01 24           |       |       | 000013            |  |  | 23 001 01134 01   |     |                  |
| Dep                              | Mun | Consecutivo Sede | (Año)                | (Mes) | (Día) |                   |  |  | Dep               | Mun | Consecutivo Sede |

|                     |       |       |                      |       |       |                                                                |  |  |  |  |  |
|---------------------|-------|-------|----------------------|-------|-------|----------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 5. Fecha Renovación |       |       | 6. Fecha Vencimiento |       |       | 7. Entidad que registra                                        |  |  |  |  |  |
|                     |       |       | 2011 01 24           |       |       | SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD<br>GOBERNACION DE CORDOBA |  |  |  |  |  |
| (Año)               | (Mes) | (Día) | (Año)                | (Mes) | (Día) |                                                                |  |  |  |  |  |

### B. DATOS DE LA SEDE DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

|                                                                           |                |                               |                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 44. Departamento                                                          | 45. Municipio  | 46. Centro Poblado            | 47. Es Sede Principal?                                             |
| 23.Córdoba                                                                | 23001.MONTERÍA | 23001000.MONTERÍA             | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 48. Nombre de la Sede                                                     |                |                               |                                                                    |
| VISION TOTAL                                                              |                |                               |                                                                    |
| 49. Zona                                                                  | 50. Barrio     | 51. Dirección                 |                                                                    |
| Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input checked="" type="checkbox"/> | CENTRO         | Cra 9 #27-27, piso 4, local 2 |                                                                    |
| 52. Teléfono                                                              | 53. Fax        | 54. Correo Electrónico        |                                                                    |
| 57477907077                                                               |                | visiontotal@hotmail.com       |                                                                    |

55. Para IPS, Nombre del Director, Gerente o Responsable

TONY NEGRETE RAMIREZ

56. Horario de Atención

| Domingo        | Lunes          | Martes         | Miércoles      | Jueves         | Viernes        | Sábado |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------|
| 8 a 12 y 2 a 6 | 8 a 12 y 2 a 6 | 8 a 12 y 2 a 6 | 8 a 12 y 2 a 6 | 8 a 12 y 2 a 6 | 8 a 12 y 2 a 6 | 8 a 12 |

### C. CAPACIDAD INSTALADA

|                                |                                   |                                  |                                 |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 57. Pediátricas                | 58. Adultos                       | 59. Obstetricia                  | 60. Cuidado Intermedio Neonatal |
| 61. Cuidado Intensivo Neonatal | 62. Cuidado Intermedio Pediátrico | 63. Cuidado Intensivo Pediátrico |                                 |
| 64. Cuidado Intermedio Adulto  | 65. Cuidado Intensivo Adulto      | 66. Quemados Adultos             |                                 |
| 67. Quemados Pediátrico        | 68. Farmacodependencia            | 69. Salud Mental Psiquiatría     |                                 |
| 70. Cuidado Agudo Mental       | 71. Cuidado Intermedio Mental     |                                  |                                 |
| 72. Salas de Quirófano         | 73. Salas de Partos               |                                  |                                 |

Camas

Salas

## Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Adoptado mediante circular 000045 de 30 de octubre de 2006

Antes de diligenciar el formulario, por favor lea cuidadosamente el instructivo. Formulario de distribución gratuita. Prohibida su venta.

v.3.0

**Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud**

|                                                                                        |                                                                  |                                                                                           |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1. Código de Prestador Principal<br><b>23 001 01134 01</b><br>Dep Mun Consecutivo Sede | 2. Fecha Inscripción<br><b>2007 0 1 2 4</b><br>(Año) (Mes) (Día) | 3. No. Radicación<br><b>0000013</b>                                                       | 4. Código de Sede<br><b>23 001 01134 01</b><br>Dep Mun Consecutivo Sede |
| 5. Fecha Renovación                                                                    | 6. Fecha Vencimiento<br><b>2011 0 1 2 4</b><br>(Año) (Mes) (Día) | 7. Entidad que registra<br>SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD<br>GOBERNACIÓN DE CORDOBA |                                                                         |

#### D. SERVICIOS OFRECIDOS EN LA SEDE

[illegible]



## Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Adoptado mediante circular 000045 de 30 de octubre de 2006

Antes de diligenciar el formulario, por favor lea cuidadosamente el instructivo.

Formulario de distribución gratuita. Prohibida su venta.

v.3.0

**Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud**

|                                  |                         |                   |                                |
|----------------------------------|-------------------------|-------------------|--------------------------------|
| 1. Código de Prestador Principal | 2. Fecha Inscripción    | 3. No. Radicación | 4. Código de Sede              |
| <b>23</b> <i>001 01134 01</i>    | <i>2007</i> <b>0124</b> | <b>000013</b>     | <b>23 001</b> <i>01134 01</i>  |
| Dep    Mun    Consecutivo Sede   | (Año)    (Mes)    (Día) |                   | Dep    Mun    Consecutivo Sede |

|                     |       |       |                      |       |       |                                      |  |  |
|---------------------|-------|-------|----------------------|-------|-------|--------------------------------------|--|--|
| 5. Fecha Renovación |       |       | 6. Fecha Vencimiento |       |       | 7. Entidad que registra              |  |  |
|                     |       |       | 2011 01 24           |       |       | SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD |  |  |
| (Año)               | (Mes) | (Día) | (Año)                | (Mes) | (Día) | GOBERNACION DE CORDOBA               |  |  |

[illegible]



## Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Adoptado mediante circular 000045 de 30 de octubre de 2006

Antes de diligenciar el formulario, por favor lea cuidadosamente el instructivo. Formulario de distribución gratuita. Prohibida su venta.

v.3.0

**Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud**

|                                                                                        |                                                                |                                    |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1. Código de Prestador Principal<br><b>23 001 01134 01</b><br>Dep Mun Consecutivo Sede | 2. Fecha Inscripción<br><b>2007 01 24</b><br>(Año) (Mes) (Día) | 3. No. Radicación<br><b>000013</b> | 4. Código de Sede<br><b>23 001 01134 01</b><br>Dep Mun Consecutivo Sede |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

|                     |       |       |                      |       |       |                                      |  |  |
|---------------------|-------|-------|----------------------|-------|-------|--------------------------------------|--|--|
| 5. Fecha Renovación |       |       | 6. Fecha Vencimiento |       |       | 7. Entidad que registra              |  |  |
|                     |       |       | 2011 0 1 2 4         |       |       | SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD |  |  |
| (Año)               | (Mes) | (Día) | (Año)                | (Mes) | (Día) | GOBERNACION DE CORDOBA               |  |  |

[illegible]



## Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Antes de diligenciar el formulario, por favor lea cuidadosamente el instructivo. Formulario de distribución gratuita. Prohibida su venta. v.3.0

**Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud**

|                                                                                        |                                                                  |                                    |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1. Código de Prestador Principal<br><b>23 001 01134 01</b><br>Dep Mun Consecutivo Sede | 2. Fecha Inscripción<br><b>2007 0 1 2 4</b><br>(Año) (Mes) (Día) | 3. No. Radicación<br><b>000013</b> | 4. Código de Sede<br><b>23 001 01134 01</b><br>Dep Mun Consecutivo Sede |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

|                  |       |       |                      |       |       |                                      |  |  |
|------------------|-------|-------|----------------------|-------|-------|--------------------------------------|--|--|
| Fecha Renovación |       |       | 5. Fecha Vencimiento |       |       | 7. Entidad que registra              |  |  |
|                  |       |       | 2011 0 1 2 4         |       |       | SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD |  |  |
| (Año)            | (Mes) | (Día) | (Año)                | (Mes) | (Día) | GOBERNACION DE CORDOBA               |  |  |

### Consulta Externa

- 324.INMUNOLOGÍA
- 325.MEDICINA FAMILIAR
- 326.MEDICINA FÍSICA Y DEL DEPORTE
- 327.MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN
- 328.MEDICINA GENERAL
- 329.MEDICINA INTERNA
- 330.NEFROLOGIA
- 331.NEUMOLOGIA
- 332.NEUROLOGIA
- 333.NUTRICION Y DIETETICA
- 334.ODONTOLOGIA GENERAL
- 335.OFTALMOLOGÍA
- 336.ONCOLOGÍA CLÍNICA
- 337.OPTOMETRÍA
- 338.ORTODONCIA
- 339.ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA
- 340.OTORRINOLARINGOLOGÍA
- 341.PATOLOGÍA
- 342.PEDIATRÍA
- 343.PERIODONCIA
- 344.PSICOLOGIA
- 345.PSIQUIATRÍA
- 346.REHABILITACION ONCOLOGICA
- 347.REHABILITACIÓN ORAL
- 348.REUMATOLOGÍA
- 349.SALUD OCUPACIONAL
- 350.MEDICINA ALTERNATIVA - TERAPIA ALTERNATIVA
- 352.TERAPIA OCUPACIONAL
- 353.TERAPIA RESPIRATORIA
- 354.TOXICOLOGÍA
- 355.UROLOGÍA
- 356.OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD CUAL?
- 359.CONSULTA PRIORITARIA
- 361.CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA
- 362.CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
- 363.CIRUGÍA DE MANO
- 364.CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS
- 365.CIRUGÍA DERMATOLÓGICA
- 366.CIRUGÍA DE TÓRAX



Adoptado mediante circular 000045 de 30 de octubre de 2006

Antes de diligenciar el formulario, por favor lea cuidadosamente el instructivo. Formulario de distribución gratuita. Prohibida su venta. v.3.0

**Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud**

|                                                                                        |                                                                |                                    |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1. Código de Prestador Principal<br><b>23 001 01134 01</b><br>Dep Mun Consecutivo Sede | 2. Fecha Inscripción<br><b>2007 01 24</b><br>(Año) (Mes) (Día) | 3. No. Radicación<br><b>000013</b> | 4. Código de Sede<br><b>23 001 01134 01</b><br>Dep Mun Consecutivo Sede |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

|                     |       |       |                      |       |       |                                      |  |  |
|---------------------|-------|-------|----------------------|-------|-------|--------------------------------------|--|--|
| 5. Fecha Renovación |       |       | 6. Fecha Vencimiento |       |       | 7. Entidad que registra              |  |  |
|                     |       |       | 2011 0 1 2 4         |       |       | SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD |  |  |
| (Año)               | (Mes) | (Día) | (Año)                | (Mes) | (Día) | GOBERNACION DE CORDOBA               |  |  |

[illegible]



## Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Adoptado mediante circular 000045 de 30 de octubre de 2006

Antes de diligenciar el formulario , por favor lea cuidadosamente el instructivo. Formulario de distribución gratuita. Prohibida su venta.

v.3.0

**Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud**

|                                  |                         |                   |                                |
|----------------------------------|-------------------------|-------------------|--------------------------------|
| 1. Código de Prestador Principal | 2. Fecha Inscripción    | 3. No. Radicación | 4. Código de Sede              |
| <b>23 001 01134 01</b>           | <b>2007 01 24</b>       | <b>000013</b>     | <b>23 001 01134 01</b>         |
| Dep    Mun    Consecutivo Sede   | (Año)    (Mes)    (Día) |                   | Dep    Mun    Consecutivo Sede |

|                     |       |       |                      |       |       |                                      |  |  |
|---------------------|-------|-------|----------------------|-------|-------|--------------------------------------|--|--|
| 5. Fecha Renovación |       |       | 6. Fecha Vencimiento |       |       | 7. Entidad que registra              |  |  |
|                     |       |       | 2011 01 24           |       |       | SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD |  |  |
| (Año)               | (Mes) | (Día) | (Año)                | (Mes) | (Día) | GOBERNACION DE CORDOBA               |  |  |

[illegible]



Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

## Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Adoptado mediante circular 000045 de 30 de octubre de 2006

Antes de diligenciar el formulario, por favor lea cuidadosamente el instructivo. Formulario de distribución gratuita. Prohibida su venta. v.3.0

### Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud

|                                                                                       |                                                               |                                                                                            |                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 1. Código de Prestador Principal<br><b>23 001 0113401</b><br>Dep Mun Consecutivo Sede | 2. Fecha Inscripción<br><b>2007 0124</b><br>(Año) (Mes) (Día) | 3. No. Radicación<br><b>000013</b>                                                         | 4. Código de Sede<br><b>23 001 0113401</b><br>Dep Mun Consecutivo Sede |
| 5. Fecha Renovación                                                                   | 6. Fecha Vencimiento<br><b>2011 0124</b><br>(Año) (Mes) (Día) | 7. Entidad que registra<br>SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD<br>GOBERNACION DE COLOMBIA |                                                                        |

COMO REPRESENTANTE LEGAL DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD ARRIBA IDENTIFICADA O COMO PROFESIONAL INDEPENDIENTE, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN ESTE FORMULARIO ES VERAZ Y QUE CUMPO CON LOS REQUISITOS Y CONDICIONES DEFINIDOS EN LA REGLAMENTACIÓN LEGAL VIGENTE PARA LA HABILITACIÓN.

*4 Negreth*

Firma del Representante Legal o Profesional Independiente

No. de Identificación

78754162

### VERIFICACION DE ANEXOS AL FORMULARIO

|                                                                                                                          | Prestador                           | Entidad Territorial      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Presenta PAMEC (Para IPS)                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presenta Autoevaluación                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fotocopia del acto de creación o constitución del prestador según naturaleza jurídica                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Certificación del revisor fiscal o contador según aplique                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fotocopia del NIT                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Para profesional independiente, copia del diploma de profesional o especialista según le aplique.                        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |
| Transporte asistencial básico o medicalizado, certificado de revisión técnico-mecánica con vigencia NO superior a un año | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |