CONSTANCIA AUTOEVALUACIÓN

Código y Nombre del Prestador	2300101367 - ORTHO ESTHETIC Y SPA S.A.S
Código y Nombre de la Sede	230010136701-ORTHO ESTHETIC SPA

Fecha de vigencia del PRESTADOR para los servicios relacionados en este documento(dd/mm/aaaa):30/01/2018.

Servicios declarados en la Autoevaluación:

GRUPO DEL SERVICIO	CÓDIGO SERVICIO	NOMBRE DEL SERVICIO
QUIRÚRGICOS	205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL
QUIRÚRGICOS	205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL
CONSULTA EXTERNA	311	ENDODONCIA
CONSULTA EXTERNA	311	ENDODONCIA
CONSULTA EXTERNA	334	ODONTOLOGÍA GENERAL
CONSULTA EXTERNA	334	ODONTOLOGÍA GENERAL
CONSULTA EXTERNA	338	ORTODONCIA
CONSULTA EXTERNA	338	ORTODONCIA
CONSULTA EXTERNA	343	PERIODONCIA
CONSULTA EXTERNA	343	PERIODONCIA
CONSULTA EXTERNA	347	REHABILITACIÓN ORAL
CONSULTA EXTERNA	347	REHABILITACIÓN ORAL
CONSULTA EXTERNA	396	ODONTOPEDIATRÍA
CONSULTA EXTERNA	396	ODONTOPEDIATRÍA
PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	917	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL
PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	917	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL
PROCESOS	950	PROCESO ESTERILIZACIÓN
PROCESOS	950	PROCESO ESTERILIZACIÓN

Fecha de registro de Autoevaluación: 29/11/2016 2:35:08 p. m..

En caso de cualquier inquietud con la CONSTANCIA AUTOEVALUACIÓN comuniquese con la Secretaría Desarrollo de la Salud de Córdoba - Dirección:Calle 10 Nº 25-105 C.C. Suricentro Piso 2 - Telefono(s):7915505 EXT 148 7915505 EXT 148 - Correo Electronico:secretaria.salud@cordoba.gov.co

Fecha de impresión: martes 29 de noviembre de 2016 (2:35 p. m.).

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Adoptado mediante circular 0076 de 02 de noviembre de 2007

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

v.4.0

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	01367	01	2010	06	01	0020057	23	001	01367	01
Dep	Mun	Consecutivo	Sede	(Año)	(Mes)	(Día)		Dep	Mun	Consecutivo	Sede

2014 06 01

SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
GOBERNACION DE CORDOBA

5. Fecha Renovación			6. Fecha Vencimiento			7. Entidad que regis
(Año)	(Mes)	(Día)	(Año)	(Mes)	(Día)	

A. IDENTIFICACION DEL PRESTADOR

8. Clase de Prestador

Instituciones - IPS

9. Nombres y Apellidos del Profesional Independiente o Razón Social de la IPS

ORTHO ESTHETIC Y SPA S.A.S

10. Tipo Identificación	11. Número	12. DV	13. Tipo de Persona
	900315498	1	JURIDICO

14. Naturaleza Jurídica

Privada

15. Sitio Web

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

16. Departamento	17. Municipio	18. Dirección
Córdoba	MONTERÍA	CALLE 25 NUMERO 2-17
19. Teléfono	20. Fax	21. Correo Electrónico
7826464	7826464	orthoestheticspa@hotmail.com

Representante Legal

22. Primer Apellido	23. Segundo Apellido	24. Primer Nombre	25. Segundo Nombre
SALAS	MARQUEZ	GUIOMAR	ALICIA
26. Tipo Identificación	27. Número	28. Forma de Vinculación	
CC	34996237		

Prestadores Públicos

29. Carácter Territorial	30. Nivel de Atención	31. Empresa Social Estado
32. Acto de Constitución	33. Número de Acto	34. Fecha de Acto

Prestadores Privados y Mixtos

35. Acto de Constitución	36. Número de Acto	37. Fecha de Acto
Matrícula Mercantil	102929	20091006
38. Entidad que Expide		39. Ciudad de Expedición
CAMARA DE COMERCIO DE MONTERIA		MONTERIA

Prestadores Indígenas

40. Acto de Constitución

41. Número de Acto	42. Fecha de Acto	43. Entidad que Expide
38. Entidad que Expide		39. Ciudad de Expedición

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

44. Departamento	45. Municipio	46. Centro Poblado	47. Es Sede Principal?
Córdoba	MONTERÍA	MONTERÍA	SI

48. Nombre de la Sede

ORTHO ESTHETIC SPA

49. Zona	50. Barrio	51. Dirección
URBANA	CENTRO	CALLE 25 NUMERO 2-17
52. Teléfono	53. Fax	54. Correo Electrónico
7826464	7826464	orthoestheticspa@hotmail.com

55. Nombre del Director, Gerente o Responsable

GUIOMAR ALICIA SALAS MARQUEZ

56. Horario de atención

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves

07 a 07	07 a 07			

C. CAPACIDAD INSTALADA

Camas

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 Pediátricos	68. Farmacodependencia		69. Salud Mental Psiquiatría
70. Cuidado Agudo Mental	71. Cuidado Intermedio Mental		

Salas

72. Salas de Quirófano	73. Salas de Partos
1	

Ambulancias

74. Tipo	75. Modalidad	76. Placa o Matrícula	77. Año Modelo	78. Número Tarjeta de Propiedad

D. SERVICIOS OFRECIDOS EN LA SEDE

Grupo	Servicio	Modalidad							Complejidad		
		Intramural		Extramural			Telemedicina				
		Ambu	Hosp	Móvil	Domic	Otras	CR	IR	Baja	Media	Alta
Quirúrgico	205. CIRUGIA MAXILOFACIAL	SI	NO							SI	
Consulta Externa	311. ENDODONCIA	SI		NO						SI	
Consulta Externa	334. ODONTOLOGIA GENERAL	SI		NO	NO		NO	NO	SI		
Consulta Externa	338. ORTODONCÍA	SI								SI	
Consulta Externa	343. PERIODONCIA	SI					NO	NO		SI	
Consulta Externa	347. REHABILITACIÓN ORAL	SI		NO			NO	NO	NO	SI	
Consulta Externa	396. ODONTOPEDIATRIA	SI		NO						SI	

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 CUMPLO CON LOS REQUISITOS Y CONDICIONES DEFINIDOS EN LA REGLAMENTACIÓN LEGAL VIGENTE PARA LA HABILITACIÓN.

Firma del Representante Legal o Profesional Independiente

No Identificación 34'996 737

VERIFICACION DE ANEXOS AL FORMULARIO	Prestador	Entidad Territorial
Presenta PAMEC (Para IPS)	X	X
Presenta Autoevaluación	X	X
Fotocopia del acto de creación o constitución del prestador según naturaleza jurídica	X	X
Certificación del revisor fiscal o contador según aplique	X	X
Fotocopia del NIT		
Para profesional independiente, copia del diploma de profesional o especialista según le aplique.		
Transporte asistencial básico o medicalizado, certificado de revisión técnico-mecánica con vigencia NO superior a un año		