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 |
|---|---|---|---|
| 23001011146 01 | 2007 03 12 | 000065 | 23001 011146 01 |
| Dep Mun Consecutivo Sede | (Año) (Mes) (Día) | | Dep Mun Consecutivo Sede |

| 5. Fecha Renovación | 6. Fecha Vencimiento | 7. Entidad que registra |
|---|---|---|
| (Año) (Mes) (Día) | 2011 03 12 (Año) (Mes) (Día) | SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD GOBERNACION DE CORDOBA |

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

| 44. Departamento | 45. Municipio | 46. Centro Poblado | 47. Es Sede Principal? Si [X] No [ ] |
|---|---|---|---|

48. Nombre de la Sede

| 49. Zona Rural [ ] Urbana [ ] | 50. Barrio | 51. Dirección |
|---|---|---|

| 52. Teléfono | 53. Fax | 54. Correo Electrónico |
|---|---|---|

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

56. Horario de Atención

| Domingo | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes | Sábado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 7:am-7:pm | 7:am-7:pm | 7:am-7:pm | 7:am - 7:pm | 7:am - 7:pm | 8:am - 7Pm |

## C. CAPACIDAD INSTALADA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 57. Pediátricas | 58. Adultos | 59. Obstetricia | 60. Cuidado Intermedio Neonatal |
| ias | 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 | | |
| Salas | 72. Salas de Quirófano | 73. Salas de Partos | | |

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 |
|---|---|---|---|
| 23001011146 01<br>Dep Mun Consecutivo Sede | 2007 03 12<br>(Año) (Mes) (Día) | 000095 | 23001 011460 1<br>Dep Mun Consecutivo Sede |

| 5. Fecha Renovación | 6. Fecha Vencimiento | 7. Entidad que registra |
|---|---|---|
| (Año) (Mes) (Día) | 2011 03 12<br>(Año) (Mes) (Día) | SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD<br>DEPARTAMENTO DE CORDOBA |

## A. IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR

8 Clase de Prestador

[X] Profesional Independiente [ ] Transporte Especial [ ] Objeto Social Diferente [ ]

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

INSTITUTO DE MEDICINA NUCLEAR MEDINUCLEAR S.A.

| 10. Tipo Identificación | 11. Número | 12.DV | 13. Tipo de Persona |
|---|---|---|---|
| CC [ ] NIT [X] | 900120098 | | Natural [ ] Jurídica [X] |

14. Naturaleza Jurídica

Privado con Ánimo de Lucro [X] Privado sin Ánimo de Lucro [ ] Pública [ ] Mixta [ ]

15. Sitio Web

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

| 16. Departamento | 17. Municipio | 18. Dirección |
|---|---|---|
| 23.Córdoba | 23001.MONTERÍA | Cra 6ta No29-12 |

| 19. Teléfono | 20. Fax | 21. Correo Electrónico |
|---|---|---|
| 7826624 | 1826624 | medinuclearsa@yahoo.es |

**Representante Legal de la IPS**

| 22. Primer Apellido | 23. Segundo Apellido | 24. Primer Nombre | 25. Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| ALCALA | MERCADO | MARIA | BERNARDA |

| 26. Tipo Identificación | 27. Número | 28. Forma de Vinculación |
|---|---|---|
| [X] CE [ ] | 32761879 | 2.Encargado |

**Prestadores Públicos**

| 29. Carácter Territorial | 30. Nivel de Atención | 31. Empresa Social Estado |
|---|---|---|
| Nacional [ ] Departamental [ ] Distrital [ ] Municipal [ ] | 1 [ ] 2 [ ] 3 [X] | Si [ ] No [X] |

| 32. Acto de Constitución | 33. Número de Acto | 34. Fecha de Acto |
|---|---|---|
| Acuerdo [ ] Ordenanza [ ] Ley [ ] Decreto [ ] Resolución [ ] | | |

**Prestadores Privados y Mixtos**

| 35. Acto de Constitución | 36. Número de Acto | 37. Fecha de Acto |
|---|---|---|
| Acuerdo [ ] Ordenanza [ ] Ley [ ] Decreto [ ] Resolución [ ] Matrícula Mercantil [X] | 85860 | 2006 |

| 38. Entidad que Expide | 39. Ciudad de Expedición |
|---|---|
| Camara de comercio | Monteria |

**Prestadores Indígenas**

40. Acto de Constitución

Acuerdo [ ] Ordenanza [ ] Ley [ ] Decreto [ ] Resolución [ ] Matrícula Mercantil [ ] Acta Autoridad Indígena [ ] Otras [ ]

| 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 01 1146 01 | 2007 0 3 12 | 000065 | 23 001 01 1146 01 |
| Dep Mun Consecutivo Sede | (Año) (Mes) (Día) | | Dep Mun Consecutivo Sede |

| 5. Fecha Renovación | 6. Fecha Vencimiento | 7. Entidad que registra |
|---|---|---|
| | 2011 0 3 12 | SECRETARIA DE DESARROLLO ... GOBERNACION DE CORDOBA |
| (Año) (Mes) (Día) | (Año) (Mes) (Día) | |

bulancias

| 74. Tipo | | 75. Modalidad | | | | 76. Placa o Matrícula | 77. Año Modelo | 78. No. Tarjeta de Propiedad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Básica | Medicada | Terrestre | Aérea | Marítima | Fluvial | | | |
| | | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|
| 23 001 011 460 01 | 2007 03 12 | 000065 | 23 001 011 460 1 |
| Dep Mun Consecutivo Sede | (Año) (Mes) (Día) | | Dep Mun Consecutivo Sede |

| 5. Fecha Renovación | 6. Fecha Vencimiento | 7. Entidad que registra |
|---|---|---|
| | 2011 03 12 | SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD |
| (Año) (Mes) (Día) | (Año) (Mes) (Día) | GOBERNACION DE CORDOBA |

## D. SERVICIOS OFRECIDOS EN LA SEDE

| | SERVICIO | MODALIDAD | | | | | | | COMPLEJIDAD | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Intramural | | Extramural | | | Telemedicina | | | | |
| | | Amb | Hosp | Móvil | Domic | Otras | CR | IR | Baja | Media | Alta |
| Hospitalario | 101.GENERAL ADULTOS | | | | | | | | | | |
| | 102.GENERAL PEDIÁTRICA | | | | | | | | | | |
| | 103.PSIQUIATRÍA O UNIDAD DE SALUD MENTAL | | | | | | | | | | |
| | 104.FARMACODEPENDENCIA | | | | | | | | | | |
| | 105.CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL | | | | | | | | | | |
| | 106.CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO | | | | | | | | | | |
| | 107.CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS | | | | | | | | | | |
| | 108.CUIDADO INTENSIVO NEONATAL | | | | | | | | | | |
| | 109.CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO | | | | | | | | | | |
| | 110.CUIDADO INTENSIVO ADULTOS | | | | | | | | | | |
| | 111.UNIDAD DE QUEMADOS ADULTOS | | | | | | | | | | |
| | 112.OBSTETRICIA | | | | | | | | | | |
| | 115.HOSPITALIZACION DIA | | | | | | | | | | |
| | 116.QUEMADOS PEDIÁTRICO | | | | | | | | | | |
| | 117.CUIDADO AGUDO EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA | | | | | | | | | | |
| | 118.CUIDADO INTERMEDIO EN SALUD MENTAL O PSIQUI | | | | | | | | | | |
| | 119.HOSPITALIZACION DOMICILIARIA | | | | | | | | | | |
| Quirúrgico | 201.CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO | | | | | | | | | | |
| | 202.CIRUGIA CARDIOVASCULAR | | | | | | | | | | |
| | 203.CIRUGIA GENERAL | | | | | | | | | | |
| | 204.CIRUGIA GINECOLOGICA | | | | | | | | | | |
| | 205.CIRUGIA MAXILOFACIAL | | | | | | | | | | |
| | 206.CIRUGIA NEUROLÓGICA | | | | | | | | | | |
| | 207.CIRUGIA ORTOPEDICA | | | | | | | | | | |
| | 208.CIRUGIA OFTALMOLOGICA | | | | | | | | | | |
| | 209.CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGIA | | | | | | | | | | |
| | 210.CIRUGIA ONCOLOGICA | | | | | | | | | | |
| | 211.CIRUGIA ORAL | | | | | | | | | | |
| | 212.CIRUGIA PEDIATRICA | | | | | | | | | | |
| | 213.CIRUGIA PLASTICA Y ESTÉTICA | | | | | | | | | | |
| | 214.CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGICA | | | | | | | | | | |
| | 215.CIRUGIA UROLOGICA | | | | | | | | | | |
| | 217.OTRAS CIRUGIAS CUAL? | | | | | | | | | | |
| | 218.CIRUGIA ENDOVASCULAR NEUROLOGIA | | | | | | | | | | |
| | 219.TRANSPLANTE RENAL | | | | | | | | | | |
| | 220.TRANSPLANTE DE CORAZÓN | | | | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|
| 23001011460 01 | 2007 03 12 | 000065 | 23001 011460 1 |
| Dep Mun Consecutivo Sede | (Año) (Mes) (Día) | | Dep Mun Consecutivo Sede |

| 5. Fecha Renovación | 6. Fecha Vencimiento | 7. Entidad que registra |
|---|---|---|
| (Año) (Mes) (Día) | 2011 03 12 (Año) (Mes) (Día) | SECRETARIA DE GOBIERNO DE CO... GOBERNACIÓN DE CO... |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 221.TRANSPLANTE DE HIGADO | | | | | | | | | | |
| 222.TRANSPLANTE DE PULMON | | | | | | | | | | |
| 223.TRANSPLANTE DE RIÑÓN - PÁNCREAS | | | | | | | | | | |
| 224.TRANSPLANTE DE CORNEA | | | | | | | | | | |
| 225.IMPLANTE DE TEJIDO OSEO | | | | | | | | | | |
| 226.OTROS IMPLANTES Y TRANSPLANTES | | | | | | | | | | |
| 227.CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA | | | | | | | | | | |
| 228.TRANSPLANTE MÉDULA ÓSEA O CÉLULAS MADRE | | | | | | | | | | |
| 229.IMPLANTE DE PIEL | | | | | | | | | | |
| 230.IMPLANTE VÁLVULAS CARDÍACAS | | | | | | | | | | |
| 231.CIRUGÍA DE LA MANO | | | | | | | | | | |
| 232.CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS | | | | | | | | | | |
| 233.CIRUGÍA DERMATOLÓGICA | | | | | | | | | | |
| 234.CIRUGÍA DE TÓRAX | | | | | | | | | | |
| 235.CIRUGÍA GASTROINTESTINAL | | | | | | | | | | |
| 237.CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA | | | | | | | | | | |
| 301.ANESTESIA | | | | | | | | | | |
| 302.CARDIOLOGÍA | | | | | | | | | | |
| 303.CIRUGÍA CARDIOVASCULAR | | | | | | | | | | |
| 304.CIRUGIA GENERAL | | | | | | | | | | |
| 305.CIRUGÍA NEUROLÓGICA | | | | | | | | | | |
| 306.CIRUGÍA PEDIÁTRICA | | | | | | | | | | |
| 308.DERMATOLOGÍA | | | | | | | | | | |
| 309.DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS | | | | | | | | | | |
| 310.ENDOCRINOLOGÍA | | | | | | | | | | |
| 311.ENDODONCIA | | | | | | | | | | |
| 312.ENFERMERÍA | | | | | | | | | | |
| 313.ESTOMATOLOGÍA | | | | | | | | | | |
| 314.FISIOTERAPIA | | | | | | | | | | |
| 315.FONOAUDIOLOGIA Y/O TERAPIA DE LENGUAJE | | | | | | | | | | |
| 316.GASTROENTEROLOGIA | | | | | | | | | | |
| 317.GENETICA | | | | | | | | | | |
| 318.GERIATRIA | | | | | | | | | | |
| 319.GERONTOLOGIA | | | | | | | | | | |
| 320.GINECOBSTRETRICIA | | | | | | | | | | |
| 321.HEMATOLOGÍA | | | | | | | | | | |
| 322.IMPLANTOLOGÍA | | | | | | | | | | |
| 323.INFECTOLOGÍA | | | | | | | | | | |
| 324.INMUNOLOGÍA | | | | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|
| 23001011460 01 | 2007 03 12 | | 23001011460 1 |
| Dep Mun Consecutivo Sede | (Año) (Mes) (Día) | | Dep Mun Consecutivo Sede |

| 5. Fecha Renovación | 6. Fecha Vencimiento | 7. Entidad que registra |
|---|---|---|
| (Año) (Mes) (Día) | 2011 03 12 (Año) (Mes) (Día) | SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD GOBERNACION DEL CORDOBA |

**Consulta erna**

| | |
|---|---|
| 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.ORTODONCÍA | |
| 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 | |
| 367.CIRUGÍA GASTROINTESTINAL | |

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 |
|---|---|---|---|
| 23001011146 01<br>Dep Mun Consecutivo Sede | 2007 03 12<br>(Año) (Mes) (Día) | 000065 | 23001 0111460 1<br>Dep Mun Consecutivo Sede |

| 5. Fecha Renovación | 6. Fecha Vencimiento | 7. Entidad que registra |
|---|---|---|
| (Año) (Mes) (Día) | 2011 03 12<br>(Año) (Mes) (Día) | SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD GOBERNACION DE CORDOBA |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Terapé | 708.UROLOGÍA - LITOTRIPSIA UROLOGICA | | | | | | | | | | |
| | 709.ONCOLOGÍA CLÍNICA | | | | | | | | | | |
| Apoyo Diagnóstico y Complementació | 710.RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOST. | | | | | | | | | | |
| | 711.RADIOTERAPIA | | | | | | | | | | |
| | 712.TOMA DE MUESTRAS DE LAB. CLINICO | | | | | | | | | | |
| | 713.TRANSFUSIÓN SANGUINEA | | | | | | | | | | |
| | 714.SERVICIO FARMACÉUTICO | | | | | | | | | | |
| | 715.MEDICINA NUCLEAR | x | x | | | | | | | | x |
| | 716.TOMA DE MUESTRAS CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINA | | | | | | | | | | |
| | 717.LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS | | | | | | | | | | |
| | 718.LABORATORIO DE PATOLOGÍA | | | | | | | | | | |
| | 719.ULTRASONIDO | | | | | | | | | | |
| | 720.LACTARIO - ALIMENTACIÓN | | | | | | | | | | |
| | 721.ESTERILIZACIÓN | | | | | | | | | | |
| | 723.UROLOGÍA PROCEDIMIENTO | | | | | | | | | | |
| | 724.TOMA E INTERPR. RADIOLOGÍAS ODONTOLÓGICAS | | | | | | | | | | |
| | 725.ELECTRODIAGNÓSTICO | | | | | | | | | | |
| | 730.NEUMOLOGÍA LABORATORIO FUNCIÓN PULMONAR | | | | | | | | | | |
| | 731.LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA | | | | | | | | | | |
| | 732.ECOCARDIOGRAFÍA | | | | | | | | | | |
| Otros Servicios | 801.CENTRO ATEN. EN DROGADICCIÓN AMBULATORIO | | | | | | | | | | |
| | 814.CENTRO ATEN. EN DROGADICCIÓN RESIDENCIAL | | | | | | | | | | |
| | 802.CENTROS O SERVICIOS UNIDADES DE REHABILITACI | | | | | | | | | | |
| | 803.CENTROS Y SERVICIOS DE PROTECCIÓN | | | | | | | | | | |
| | 804.CENTROS DIA PARA REHABILITACIÓN | | | | | | | | | | |
| | 805.CENTROS Y SERV.CUIDADO INTERMEDIO PARA REHA | | | | | | | | | | |
| | 806.UNIDAD DE MEDICINA REPRODUCTIVA | | | | | | | | | | |
| | 807.CENTROS Y SERV.ACONDICIONAMIENTO FÍSICO - CA | | | | | | | | | | |
| | 808.CENTROS Y SERVICIOS DE ESTÉTICA | | | | | | | | | | |
| | 809.SALA DE ENF.RESPIRATORIAS AGUDAS - ERA | | | | | | | | | | |
| | 810.SALA DE REHIDRATACIÓN ORAL | | | | | | | | | | |
| | 811.SALA DE YESO | | | | | | | | | | |
| | 812.SALA DE REANIMACIÓN | | | | | | | | | | |
| | 813.SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES | | | | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|
| 230010114601 (Dep Mun Consecutivo Sede) | 2007 03 12 (Año Mes Día) | 000065 | 23001 011460 01 (Dep Mun Consecutivo Sede) |

| 5. Fecha Renovación | 6. Fecha Vencimiento | 7. Entidad que registra |
|---|---|---|
| (Año) (Mes) (Día) | 2011 03 12 (Año) (Mes) (Día) | SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 368.CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA | | | | | | | | | | |
| | 369.CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA | | | | | | | | | | |
| | 370.CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA | | | | | | | | | | |
| | 372.CIRUGÍA VASCULAR | | | | | | | | | | |
| | 373.CIRUGÍA ONCOLÓGICA | | | | | | | | | | |
| | 374.CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA | | | | | | | | | | |
| | 375.DERMATOLOGÍA ONCOLÓGICA | | | | | | | | | | |
| | 377.COLOPROCTOLOGÍA | | | | | | | | | | |
| | 378.ELECTROFISIOLOGÍA, MARCAPASOS Y ARRITMIAS CA | | | | | | | | | | |
| | 379.GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA | | | | | | | | | | |
| | 381.HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA CLÍNICA | | | | | | | | | | |
| | 383.MEDICINA NUCLEAR | x | | | | | | | | x | |
| | 384.NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA | | | | | | | | | | |
| | 385.NEONATOLOGÍA | | | | | | | | | | |
| | 386.NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA | | | | | | | | | | |
| | 387.NEUROCIRUGÍA | | | | | | | | | | |
| | 388.NEUROPEDIATRÍA | | | | | | | | | | |
| | 390.OFTALMOLOGÍA ONCOLÓGICA | | | | | | | | | | |
| | 391.ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA | | | | | | | | | | |
| | 392.ORTOPEDIA INFANTIL | | | | | | | | | | |
| | 393.ORTOPEDIA ONCOLÓGICA | | | | | | | | | | |
| | 394.PATOLOGÍA ONCOLÓGICA | | | | | | | | | | |
| | 395.UROLOGÍA ONCOLOGIA | | | | | | | | | | |
| | 396.ODONTOPEDIATRIA | | | | | | | | | | |
| Prom. Y Prev. | 901.VACUNACIÓN | | | | | | | | | | |
| | 902.ATENCIÓN PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL | | | | | | | | | | |
| | 904.PLANIFICACIÓN FAMILIAR | | | | | | | | | | |
| | 905.PROMOCIÓN EN SALUD | | | | | | | | | | |
| | 906.OTRA CUAL? | | | | | | | | | | |
| Urge | 501.SERVICIO DE URGENCIAS | | | | | | | | | | |
| | 502.URGENCIAS EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA | | | | | | | | | | |
| Trans | 601.TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO | | | | | | | | | | |
| | 602.TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO | | | | | | | | | | |
| | 701.DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR | | | | | | | | | | |
| | 702.NEFROLOGÍA - DIÁLISIS RENAL | | | | | | | | | | |
| | 703.ENDOSCOPIA DIGESTIVA | | | | | | | | | | |
| | 704.NEUMOLOGÍA - FIBROBRONCOSCOPIA | | | | | | | | | | |
| | 705.HEMODINAMIA | | | | | | | | | | |
| utica | 706.LABORATORIO CLINICO | | | | | | | | | | |

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 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**

| Código habilitación (Dep Mun Consecutivo Sede) | Fecha radicación (Año Mes Día) | Fecha asignación (Año Mes Día) | Código de la Entidad Territorial (Dep Mun Consecutivo Sede) |
|---|---|---|---|
| 2300101146 01 | 2007 03 12 | | 23001 |

SECRETARIA DE DESARROLLO DE LA SALUD
GOBERNACION DE CORDOBA

| Fecha de Vencimiento (Año Mes Día) | Fecha de Inscripción (Año Mes Día) |
|---|---|
| | 2011 03 12 |

( ) 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. de Identificación 900120098-0 (NIT).

**VERIFICACION DE ANEXOS AL FORMULARIO**

| | Prestador | Entidad Territorial |
|---|---|---|
| Presenta PAMEC (Para IPS) | X | |
| Presenta Autoevaluación | X | |
| Fotocopia del acto de creación o constitución del prestador según naturaleza jurídica | X | |
| Certificación del revisor fiscal o contador según aplique | X | |
| Fotocopia del NIT | X | |
| 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 | | |