REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
GOBERNACION DE ANTIOQUIA
DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

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

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD OTRAS SEDES

III. DECLARACIÓN DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS POR CADA UNA DE LAS SEDES DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Por cada sede que tenga la Institución Prestadora de Servicios de Salud se debe diligenciar este formato, en el cual se declaran los servicios que se prestan en cada una de ellas, a las cuales se les aplicaran, por separado, las condiciones tecnológicas y científicas para la habilitación de prestadores de servicios de salud.

5. NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA SEDE PRINCIPAL: CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE ANTIOQUIA S.A.
CLOFAN S.A.

20ª. NOMBRE DE LA SEDE: POBLADO

20B. CÓDIGO DE LA SEDE 05 (DPTO) | 001 (MPIO) | 02118 (CONSECUTIVO) | 02 (N° SEDE)

20C. MUNICIPIO MEDELLÍN ( ) (MPIO)

20D. URBANO [X] **20E. BARRIO** PATIO BONITO

20F. DIRECCION DE LA SEDE CARRERA 48 Nº 7-378

20G. RURAL [ ] **20H. CORREGIMIENTO**

20I. VEREDA

LISTADO DE SERVICIOS

COD	SERVICIO	MODALIDAD		GRADO DE COMPLEJIDAD		
		AMB	HOSP	BAJA	MEDIA	ALTA
	HOSPITALARIO					
101	GENERAL ADULTOS					
102	GENERAL PEDIÁTRICA					
103	PSIQUIATRÍA					
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					
112	OBSTETRICIA					
	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					
214	CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGICA					
215	CIRUGIA UROLOGICA					
216	TRANSPLANTE					
217	OTRAS CIRUGIAS					

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD CON SEDES

COD	SERVICIO	MODALIDAD		GRADO DE COMPLEJIDAD		
		AMB	HOSP	BAJA	MEDIA	ALTA
	CONSULTA EXTERNA					
301	ANESTESIA					
302	CARDIOLOGÍA					
303	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR					
304	CIRUGIA GENERAL					
305	CIRUGÍA NEUROLÓGICA					
306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA					
307	CIRUGIA PLÁSTICA					
308	DERMATOLOGÍA					
309	DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS					
310	ENDOCRINOLOGÍA					
311	ENDODONCIA					
312	ENFERMERÍA					
313	ESTOMATOLOGÍA					
314	FISIOTERAPIA					
315	FONOAUDIOLOGIA					
316	GASTROENTEROLOGIA					
317	GENETICA					
318	GERIATRIA					
319	GERONTOLOGIA					
320	GINECOBSTRETRICIA					
321	HEMATOLOGÍA					
322	IMPLANTOLOGÍA					
323	INFECTOLOGÍA					
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					
335	OFTALMOLOGÍA	X			X	

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD CON SEDES

COD	SERVICIO	MODALIDAD		GRADO DE COMPLEJIDAD		
		AMB	HOSP	BAJA	MEDIA	ALTA
	CONSULTA EXTERNA					
336	ONCOLOGÍA					
337	OPTOMETRÍA					
338	ORTODONCÍA					
339	ORTOPEDIA					
340	OTORRINOLARINGOLOGÍA					
341	PATOLOGÍA					
342	PEDIATRÍA					
343	PERIODONCIA					
344	PSICOLOGIA					
345	PSIQUIATRÍA					
346	REHABILITACION ONCOLOGICA					
347	REHABILITACIÓN ORAL					
348	REUMATOLOGÍA					
349	SALUD OCUPACIONAL					
350	TERAPIA ALTERNATIVA					
351	TERAPIA DEL LENGUAJE					
352	TERAPIA OCUPACIONAL					
353	TERAPIA RESPIRATORIA					
354	TOXICOLOGÍA					
355	UROLOGÍA					
356	OTRAS CONSULTAS					
	ATENCION EXTRAMURAL					
401	ATENCION DOMICILIARIA					
402	SERVICIO EXTRAMURAL					
403	UNIDAD MOVIL					
	URGENCIAS					
501	SERVICIO DE URGENCIAS					
	TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES					
601	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO					
602	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO					

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD CON SEDES

COD	SERVICIO	MODALIDAD		GRADO DE COMPLEJIDAD		
		AMB	HOSP	BAJA	MEDIA	ALTA
	APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA					
701	DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR					
702	DIÁLISIS RENAL					
703	ENDOSCOPIA DIGESTIVA					
704	FIBROBRONCOSCOPIA					
705	HEMODINAMIA					
706	LABORATORIO CLINICO					
707	LABORATORIO DE CITOPATOLOGIA					
708	LITOTRIPSIA UROLOGICA					
709	ONCOLOGÍA CLÍNICA					
710	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOST.					
711	RADIOTERAPIA					
712	TOMA DE MUESTRAS DE LAB. CLINICO					
713	TRANSFUSIÓN SANGUINEA					
714	SERVICIO FARMACÉUTICO					

CAMAS POR SERVICIO	N°
PEDIÁTRICAS	
ADULTOS	
OBSTETRICIA	
CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	
CUIDADO INTENSIVO NEONALTAL	
CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	
CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	
CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	
CUIDADO INTENSIVO ADULTO	
UNIDAD DE QUEMADOS	
PSIQUIATRÍA	
FARMACODEPENDENCIA	
TOTAL	

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

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD CON SEDES

TIPO DE SALAS	N°
QUIRÓFANOS	
PARTOS	

INFORMACION ADICIONAL	NUMERO
CONSULTORIOS MEDICOS	8
CONSULTORIOS ODONTOLOGICOS	
OTROS CONSULTORIOS	
AMBULANCIAS TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	
AMBULANCIAS TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	

¿ESTA INTERESADO EN RECIBIR EL EMBLEMA DE LA MISIÓN MEDICA?	SI		NO	

	METROS
TOTAL AREA DE LA INSTITUCION	464.√
TOTAL AREA CONSTRUIDA	288.0

COMO REPRESENTANTE LEGAL DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD ARRIBA IDENTIFICADA, DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN ESTE FORMULARIO ES VERÍDICA Y QUE SE CUMPLE CON TODAS LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN, EXIGIDAS EN LAS NORMAS VIGENTES, PARA PRESTAR SERVICIOS DE SALUD, BAJO EL COMPROMISO DE MANTENER LAS CONDICIONES DECLARADAS DURANTE EL TIEMPO DE VIGENCIA DEL REGISTRO ESPECIAL.

Firma del Representante Legal _____

Numero de identificación 70076945

ANEXOS: Si la IPS es pública anexe fotocopia del acto de creación (Acuerdo, Ordenanza o Ley) y nombramiento y posesión del gerente, mediante el cual demuestre su existencia y representación legal.

- ✓ Si la IPS es privada con ánimo de lucro, anexe el certificado de inscripción en Cámara de Comercio.
- ✓ Si la IPS es privadas sin ánimo de lucro, anexe fotocopia de la Resolución de Personería Jurídica.
- ✓ Anexe certificación del revisor fiscal o del contador de la institución que respalde lo declarando en las condiciones de suficiencia patrimonial para la habilitación.
- ✓ Anexe fotocopia del Número de Identificación Tributaria de la Institución
- ✓ Listado del recurso humano del área de la salud, tanto de planta como los contratados por prestación de servicios, con nombre completo, profesión, numero de la cédula, numero del registro.
- ✓ Si el prestador ofrece el servicio de Transporte Asistencial Básico o Medicalizado, servicio de rayos equis, salud ocupacional. deberá anexar copia de las respectivas licencias de funcionamiento otorgadas por la DSSA.

DILIGENCIAR EN MAQUINA O CON LAPICERO DE TINTA NEGR

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
GOBERNACION DE ANTIOQUIA
DIRECCION SECCCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

FORMULARIO DE REPORTE DE NOVEDADES DEL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

1A. N° DE RADICACION 01 9688 **1B. CODIGO DEL PRESTADOR** DPTO: 05 | MPIO: 001 | CONSECUTIVO: | SEDE: 01

2A. FECHA DE RADICACIÓN DIA: 09 | MES: 03 | AÑO: 2004 **2B. FECHA DE VENCIMIENTO** DÍA: 11 | MES: 04 | AÑO: 2006 | TOTAL SEDES: 03

3. ENTIDAD TERRITORIAL QUE REGISTRA DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

DILIGENCIE SOLO LAS VARIABLES QUE CAMBIAN CON RESPECTO AL FORMULARIO QUE DILIGENCIÓ PARA REGISTRARSE. SI LA NOVEDAD CORRESPONDE AL CIERRE O APERTURA DE SERVICIOS RELACIÓNELOS EN EL LISTADO DE SERVICIOS ANEXOS A ESTE FORMULARIO

4A. CIERRE DE SERVICIOS ☐ **4B. APERTURA DE SERVICIOS** ☒ **4C. CAMBIO DE DOMICILIO** ☐
4D. CAMBIO DE REPRESENTANTE LEGAL ☐ **4E. DISOLUCIÓN O LIQUIDACIÓN DE LA ENTIDAD** ☐

I. DATOS GENERALES DE LA IPS

5. NOMBRE O RAZON SOCIAL: CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE ANTIOQUIA

6. DIRECCIÓN DE LA SEDE PRINCIPAL CALLE 57 Nº 46-43

7A. DEPARTAMENTO ANTIOQUIA **7B. MUNICIPIO** MEDELLÍN

8A. N° TELEFÓNICO 513531 **8B. FAX** 513257 **8C. E- MAIL** clofta@epm.net.co

9. NIT 890933408 — 1

10. REPRESENTANTE LEGAL
SERGIO (PRIMER NOMBRE) LEON (SEGUNDO NOMBRE)
GIRALDO (PRIMER APELLIDO) ARAQUE (SEGUNDO APELLIDO)

11. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN **11A. CC** ☒ **11B. CE** ☐ **11C. N°** 70.076.917

12. NATURALEZA JURIDICA **SIN DEFINIR** ☐

12ª. PRIVADA SIN ANIMO DE LUCRO ☐ **12B. PRIVADA CON ANIMO DE LUCRO** ☐ **12C. MIXTA** ☐ **12D. PÚBLICA** ☐

13. SI LA IPS ES PÚBLICA **13A. ES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO:** **SI** ☐ **NO** ☐

13B. ACTO DE CREACIÓN _____ **13C. NÚMERO** _____ **13D. FECHA** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (DÍA MES AÑO)

14. SI LA IPS ES DE NATURALEZA PRIVADA SIN ANIMO DE LUCRO

14ª. N° ACTO ADMINISTRATIVO _____ **14B. FECHA** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (DÍA MES AÑO)

14C. ENTIDAD QUE EXPIDE _____

15. SI LA IPS ES DE NATURALEZA PRIVADA CON ANIMO DE LUCRO

15ª. N° DE MATRÍCULA MERCANTIL _____ **15B. CIUDAD DE EXPEDICIÓN** _____

15C. FECHA DE EXPEDICCIÓN ☐☐ ☐☐ ☐☐ (DÍA MES AÑO)

16. SI LA IPS ES DE NATURALEZA MIXTA

16ª. ACTO DE CREACIÓN N° _____ **16B. FECHA** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (DÍA MES AÑO)

16C. ENTIDAD QUE EXPIDE _____

II. CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

17. CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA

17ª. CUMPLE CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL MANUAL DE ESTÁNDARES QUE ESTABLECE LAS CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA PARA LA HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD — **SI** ☐

18. CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA

18ª. QUE SU PATRIMONIO SE ENCUENTRE POR ENCIMA DEL CINCUENTA POR CIENTO (50%), DE LA CUENTA QUE REGISTRA EL CAPITAL DE LA ENTIDAD — **SI** ☐ **NO** ☐

18B. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES MERCANTILES DE MÁS DE 360 DÍAS, SU VALOR ACUMULADO NO SUPERA EL 50% DEL PASIVO CORRIENTE — **SI** ☐ **NO** ☐

18C. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES LABORALES DE MÁS DE 360 DÍAS, SU VALOR ACUMULADO NO SUPERA EL 50% DEL PASIVO CORRIENTE — **SI** ☐ **NO** ☐

19. CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNICO ADMINISTRATIVA

19ª. CUENTA CON EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL, DE ACUERDO CON SU NATURALEZA JURÍDICA — **SI** ☐ **NO** ☐

19B. CUENTA CON UN SISTEMA CONTABLE QUE GENERE ESTADOS FINANCIEROS SEGÚN LAS NORMAS CONTABLES VIGENTES **SI** ☐ **EN SANEAMIENTO** ☐ **EN REESTRUCTURACION LEY 550** ☐

LISTADO DE SERVICIOS

COD	SERVICIO	CIERRE	APERTURA	MODALIDAD		GRADO DE COMPLEJIDAD		
				AMB	HOSP	BAJA	MEDIA	ALTA
HOSPITALARIO								
101	GENERAL ADULTOS							
102	GENERAL PEDIÁTRICA							
103	PSIQUIATRÍA							
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							
112	OBSTETRICIA							
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							
214	CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGICA							
215	CIRUGIA UROLOGICA							
216	TRANSPLANTE							
217	OTRAS CIRUGIAS							

FORMULARIO DE REPORTE DE NOVEDADES DEL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

COD	SERVICIO	CIERRE	APERTURA	MODALIDAD		GRADO DE COMPLEJIDAD		
				AMB	HOSP	BAJA	MEDIA	ALTA
	CONSULTA EXTERNA							
301	ANESTESIA							
302	CARDIOLOGÍA							
303	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR							
304	CIRUGIA GENERAL							
305	CIRUGÍA NEUROLÓGICA							
306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA							
307	CIRUGIA PLÁSTICA							
308	DERMATOLOGÍA							
309	DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS							
310	ENDOCRINOLOGÍA							
311	ENDODONCIA							
312	ENFERMERÍA							
313	ESTOMATOLOGÍA							
314	FISIOTERAPIA							
315	FONOAUDIOLOGIA							
316	GASTROENTEROLOGIA							
317	GENETICA							
318	GERIATRIA							
319	GERONTOLOGIA							
320	GINECOBSTRETRICIA							
321	HEMATOLOGÍA							
322	IMPLANTOLOGÍA							
323	INFECTOLOGÍA							
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							

FORMULARIO DE REPORTE DE NOVEDADES DEL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

COD	SERVICIO	CIERRE	APERTURA	MODALIDAD		GRADO DE COMPLEJIDAD		
				AMB	HOSP	BAJA	MEDIA	ALTA
CONSULTA EXTERNA								
334	ODONTOLOGIA							
335	OFTALMOLOGÍA							
336	ONCOLOGÍA							
337	OPTOMETRÍA							
338	ORTODONCÍA							
339	ORTOPEDIA							
340	OTORRINOLARINGOLOGÍA							
341	PATOLOGÍA							
342	PEDIATRÍA							
343	PERIODONCIA							
344	PSICOLOGIA							
345	PSIQUIATRÍA							
346	REHABILITACION ONCOLOGICA							
347	REHABILITACIÓN ORAL							
348	REUMATOLOGÍA							
349	SALUD OCUPACIONAL							
350	TERAPIA ALTERNATIVA							
351	TERAPIA DEL LENGUAJE							
352	TERAPIA OCUPACIONAL							
353	TERAPIA RESPIRATORIA							
354	TOXICOLOGÍA							
355	UROLOGÍA							
356	OTRAS CONSULTAS							
357	VACUNACIÓN							
ATENCIÓN EXTRAMURAL								
401	ATENCION DOMICILIARIA							
402	SERVICIO EXTRAMURAL							
403	UNIDAD MOVIL							
URGENCIAS								
501	SERVICIO DE URGENCIAS							

TIPO DE SALAS			Nº
	CIERRE	APERTURA	
QUIRÓFANOS			
PARTOS			

COMO REPRESENTANTE LEGAL DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD ARRIBA IDENTIFICADA, DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN ESTE FORMULARIO ES VERÍDICA Y QUE SE CUMPLE CON TODAS LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN, EXIGIDAS EN LAS NORMAS VIGENTES, PARA PRESTAR SERVICIOS DE SALUD, BAJO EL COMPROMISO DE MANTENER LAS CONDICIONES DECLARADAS DURANTE EL TIEMPO DE VIGENCIA DEL REGISTRO ESPECIAL.

Firma del Representante Legal _____

Numero de identificación 70076915.

ANEXOS

- ✓ Por cambio de Representante Legal: el nombramiento y posesión del gerente, mediante el cual demuestre su existencia y representación legal.
- ✓ Apertura de servicios: Listado del recurso humano del área de la salud, tanto de planta como los contratados por prestación de servicios, autorizados o inscritos ante la D.S.S.A. con nombre completo, profesión, número de la cédula y número del registro.
  Si es especialista fotocopia del diploma de la especialidad.
  Si es servicio de Transporte Asistencial Básico o Medicalizado, servicio de rayos X, salud ocupacional. Deberá anexar copia de las respectivas licencias de funcionamiento otorgadas por la DSSA.

DILIGENCIAR EN MAQUINA O CON LAPICERO DE TINTA NEGRA SIN BORRONES, ENMENDADURAS NI TACHONES.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
GOBERNACION DE ANTIOQUIA
DIRECCION SECCCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

02118-03
11/04/2006

FORMULARIO DE REPORTE DE NOVEDADES DEL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

1A. N° DE RADICACION: 01953 — 1B. CODIGO DEL PRESTADOR: 05 (DPTO) 615 (MPIO) 02118 (CONSECUTIVO) 03 (SEDE)

2A. FECHA DE RADICACIÓN: 05 (DIA) 03 (MES) 2006 (AÑO) — 2B. FECHA DE VENCIMIENTO: 11 (DIA) 04 (MES) 2006 (AÑO)

3. ENTIDAD TERRITORIAL QUE REGISTRA: DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

DILIGENCIE SOLO LAS VARIABLES QUE CAMBIAN CON RESPECTO AL FORMULARIO QUE DILIGENCIÓ PARA REGISTRARSE. SI LA NOVEDAD CORRESPONDE AL CIERRE O APERTURA DE SERVICIOS RELACIÓNELOS EN EL LISTADO DE SERVICIOS QUE APARECE EN LA PÁGINA 4 DE ESTE FORMULARIO

4A. CIERRE DE SERVICIOS	X	4B. APERTURA DE SERVICIOS		4C. CAMBIO DE DOMICILIO	
4D. CAMBIO DE REPRESENTANTE LEGAL		4E. DISOLUCIÓN O LIQUIDACIÓN DE LA ENTIDAD			

I. DATOS GENERALES DE LA IPS

5. NOMBRE O RAZON SOCIAL: CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE ANTIOQUIA S.A.

6. DIRECCIÓN DE LA SEDE PRINCIPAL: CALLE 57 Nº 46-43

7A. DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA — 7B. MUNICIPIO: MEDELLIN

8A. N° TELEFÓNICO: 2633631 — 8B. FAX: 2623377 — 8C. E- MAIL: [illegible]

9. NIT: 890933406 4

10. REPRESENTANTE LEGAL: SERGIO (PRIMER NOMBRE) — LEON (SEGUNDO NOMBRE) — GIRALDO (PRIMER APELLIDO) — ARAQUE (SEGUNDO APELLIDO)

11. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN — 11A. CC: X — 11B. CE: — 11C. N°: 70076911

18C. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES LABORALES DE MÁS DE 360 DÍAS, SU VALOR ACUMULADO NO SUPERA EL 50% DEL PASIVO CORRIENTE	SI ☐	NO ☐
19. CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNICO ADMINISTRATIVA		
19A. CUENTA CON EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL, DE ACUERDO CON SU NATURALEZA JURÍDICA	SI ☐	NO ☐
19B. CUENTA CON UN SISTEMA CONTABLE QUE GENERE ESTADOS FINANCIEROS SEGÚN LAS NORMAS CONTABLES VIGENTES	SI ☐	NO ☐

III. DECLARACIÓN DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS POR CADA UNA DE LAS SEDES DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Por cada sede que tenga la Institución Prestadora de Servicios de Salud se debe diligenciar este formato, en el cual se declaran los servicios que se prestan en cada una de ellas, a las cuales se les aplicaran, por separado, las condiciones tecnológicas y científicas para la habilitación de prestadores de servicios de salud.

20A. NOMBRE DE LA SEDE: CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE ANTIOQUIA SEDE ORIENTE

20B. CÓDIGO DE LA SEDE: 0 5 (DPTO) | 6 1 5 (MPIO) | 0 2 1 1 8 (CONSECUTIVO) | 0 3 (N° SEDE)

20C. MUNICIPIO: RIONEGRO ☐☐ (MPIO)

20D. URBANO ☒ 20E. BARRIO: KENNEDY

20F. DIRECCION DE LA SEDE: CALLE 38 N° 47.04

20G. RURAL ☐ 20H. CORREGIMIENTO

20I. VEREDA

FORMULARIO DE REPORTE DE NOVEDADES DEL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD - SEDES

COD	SERVICIO	CIERRE	APERTURA	MODALIDAD		GRADO DE COMPLEJIDAD		
				AMB	HOSP	BAJA	MEDIA	ALTA
CONSULTA EXTERNA								
334	ODONTOLOGIA							
335	OFTALMOLOGÍA							
336	ONCOLOGÍA							
337	OPTOMETRÍA	X		X		X		
338	ORTODONCÍA							
339	ORTOPEDIA							
340	OTORRINOLARINGOLOGÍA							
341	PATOLOGÍA							
342	PEDIATRÍA							
343	PERIODONCIA							
344	PSICOLOGIA							
345	PSIQUIATRÍA							
346	REHABILITACION ONCOLOGICA							
347	REHABILITACIÓN ORAL							
348	REUMATOLOGÍA							
349	SALUD OCUPACIONAL							
350	TERAPIA ALTERNATIVA							
351	TERAPIA DEL LENGUAJE							
352	TERAPIA OCUPACIONAL							
353	TERAPIA RESPIRATORIA							
354	TOXICOLOGÍA							
355	UROLOGÍA							
356	OTRAS CONSULTAS							
357	VACUNACIÓN							
ATENCION EXTRAMURAL								
401	ATENCION DOMICILIARIA							
402	SERVICIO EXTRAMURAL							
403	UNIDAD MOVIL							
URGENCIAS								
501	SERVICIO DE URGENCIAS							

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

TIPO DE SALAS	N°
QUIRÓFANOS	
PARTOS	

¿ESTA INTERESADO EN RECIBIR EL EMBLEMA DE LA MISIÓN MEDICA?	SI		**NO**	

	METROS
TOTAL AREA DE LA INSTITUCION	
TOTAL AREA CONSTRUIDA	

COMO REPRESENTANTE LEGAL DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD ARRIBA IDENTIFICADA, DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN ESTE FORMULARIO ES VERÍDICA Y QUE SE CUMPLE CON TODAS LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN, EXIGIDAS EN LAS NORMAS VIGENTES, PARA PRESTAR SERVICIOS DE SALUD, BAJO EL COMPROMISO DE MANTENER LAS CONDICIONES DECLARADAS DURANTE EL TIEMPO DE VIGENCIA DEL REGISTRO ESPECIAL.

Firma del Representante Legal

Numero de identificación 79076975.

ANEXOS

- ✓ Si la IPS es pública anexe fotocopia del acto de creación (Acuerdo, Ordenanza o Ley) y nombramiento y posesión del gerente, mediante el cual demuestre su existencia y representación legal.
- ✓ Si la IPS es privada con ánimo de lucro, anexe el certificado de inscripción en Cámara de Comercio.
- ✓ Si la IPS es privadas sin ánimo de lucro, anexe fotocopia de la Resolución de Personería Jurídica.
- ✓ Anexe certificación del revisor fiscal o del contador de la institución que respalde lo declarando en las condiciones de suficiencia patrimonial para la habilitación.
- ✓ Anexe fotocopia del Número de Identificación Tributaria de la Institución
- ✓ Listado del recurso humano del área de la salud, tanto de planta como los contratados por prestación de servicios, con nombre completo, profesión, numero de la cédula, numero del registro.
- ✓ Si el prestador ofrece el servicio de Transporte Asistencial Básico o Medicalizado, servicio de rayos equis, salud ocupacional. deberá anexar copia de las respectivas licencias de funcionamiento otorgadas por la DSSA.

DILIGENCIAR EN MAQUINA O CON LAPICERO DE TINTA NEGRA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
GOBERNACION DE ANTIOQUIA
DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

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

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD

1A. Nº DE RADICACION SECCIONAL DE SALUD ANT. FECHA RAD: DÍA 11 MES 04 AÑO 03 — 002118

CODIGO DEL PRESTADOR 05 (DPTO) 001 (MPIO) 02118 (CONSECUTIVO) 03 (SEDE)

2A. FECHA DE RADICACIÓN ☐

2B. FECHA DE VENCIMIENTO 11 (DÍA) 04 (MES) 2006 (AÑO)

3. ENTIDAD TERRITORIAL QUE REGISTRA D I R E C C I Ó N S E C C I O N A L D E S A L U D D E A N T I O U I A

4. REGISTRO **4A. PRIMERA VEZ** ☒ **4B. RENOVACIÓN** ☐

I. DATOS GENERALES DE LA IPS

5. NOMBRE O RAZON SOCIAL: CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE ANTIOQUIA S.A.
CLOFAN S.A.

6. DIRECCIÓN DE LA SEDE PRINCIPAL CALLE 77 Nº 46-43

7A. DEPARTAMENTO ANTIOQUIA **7B. MUNICIPIO** MEDELLÍN

8A. Nº TELEFÓNICO 513531 **8B. FAX** 513577 **8C. E- MAIL** clofan@epm.net.co

9. NIT 890933408 V

10. REPRESENTANTE LEGAL SERGIO (PRIMER NOMBRE) LEÓN (SEGUNDO NOMBRE) GIRALDO (PRIMER APELLIDO) ARAQUE (SEGUNDO APELLIDO)

11ª. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN **11B. CC** ☒ **11C. CE** ☐ **11D. Nº** 70.076.917

12. NATURALEZA JURIDICA

12ª. PRIVADA SIN ANIMO DE LUCRO ☐ **12B. PRIVADA CON ANIMO DE LUCRO** ☒ **12C. MIXTA** ☐ **12D. PÚBLICA** ☐

13. SI LA IPS ES PÚBLICA **13A. ES EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO:** SI ☐ NO ☐

13B. ACTO DE CREACIÓN _____ **13C. NÚMERO** _____ **13D. FECHA** ☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO

14. SI LA IPS ES DE NATURALEZA PRIVADA SIN ANIMO DE LUCRO

14ª. N° ACTO ADMINISTRATIVO _____ **14B. FECHA** ☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO

14C. ENTIDAD QUE EXPIDE _____

15. SI LA IPS ES DE NATURALEZA PRIVADA CON ANIMO DE LUCRO

15ª. N° DE MATRÍCULA MERCANTIL 21-073777-04 **15B. CIUDAD DE EXPEDICIÓN** MEDELLÍN

16. SI LA IPS ES DE NATURALEZA MIXTA

16ª. ACTO DE CREACIÓN N° _____ **16B. FECHA** ☐☐ DÍA ☐☐ MES ☐☐☐☐ AÑO

16C. ENTIDAD QUE EXPIDE _____

II.
CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

17. CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA

17ª. CUMPLE CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL MANUAL DE ESTÁNDARES QUE ESTABLECE LAS CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA PARA LA HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD SI ☒ NO ☐

18. CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA

18ª. QUE SU PATRIMONIO SE ENCUENTRE POR ENCIMA DEL CINCUENTA POR CIENTO (50%), DE LA CUENTA QUE REGISTRA EL CAPITAL DE LA ENTIDAD SI ☒ NO ☐

18B. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES MERCANTILES DE MÁS DE 360 DÍAS, SU VALOR ACUMULADO NO SUPERA EL 50% DEL PASIVO CORRIENTE SI ☒ NO ☐

18C. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES LABORALES DE MÁS DE 360 DÍAS, SU VALOR ACUMULADO NO SUPERA EL 50% DEL PASIVO CORRIENTE SI ☒ NO ☐

19. CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNICO ADMINISTRATIVA

19ª. CUENTA CON EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL, DE ACUERDO CON SU NATURALEZA JURÍDICA SI ☒ NO ☐

19B. CUENTA CON UN SISTEMA CONTABLE QUE GENERE ESTADOS FINANCIEROS SEGÚN LAS NORMAS CONTABLES VIGENTES SI ☒ NO ☐

LISTADO DE SERVICIOS

COD	SERVICIO	MODALIDAD		GRADO DE COMPLEJIDAD		
		AMB	HOSP	BAJA	MEDIA	ALTA
	HOSPITALARIO					
101	GENERAL ADULTOS					
102	GENERAL PEDIÁTRICA					
103	PSIQUIATRÍA					
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					
112	OBSTETRICIA					
	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	X			X	
209	CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGIA					
210	CIRUGIA ONCOLOGICA					
211	CIRUGIA ORAL					
212	CIRUGIA PEDIATRICA					
213	CIRUGIA PLASTICA					
214	CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGICA					
215	CIRUGIA UROLOGICA					
216	TRANSPLANTE					
217	OTRAS CIRUGIAS					

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SEDE PRINCIPAL

COD	SERVICIO	MODALIDAD		GRADO DE COMPLEJIDAD		
		AMB	HOSP	BAJA	MEDIA	ALTA
	CONSULTA EXTERNA					
301	ANESTESIA					
302	CARDIOLOGÍA					
303	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR					
304	CIRUGIA GENERAL					
305	CIRUGÍA NEUROLÓGICA					
306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA					
307	CIRUGIA PLÁSTICA					
308	DERMATOLOGÍA					
309	DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS					
310	ENDOCRINOLOGÍA					
311	ENDODONCIA					
312	ENFERMERÍA					
313	ESTOMATOLOGÍA					
314	FISIOTERAPIA					
315	FONOAUDIOLOGIA					
316	GASTROENTEROLOGIA					
317	GENETICA					
318	GERIATRIA					
319	GERONTOLOGIA					
320	GINECOBSTRETRICIA					
321	HEMATOLOGÍA					
322	IMPLANTOLOGÍA					
323	INFECTOLOGÍA					
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					
335	OFTALMOLOGÍA	X			X	

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SEDE PRINCIPAL

COD	SERVICIO	MODALIDAD		GRADO DE COMPLEJIDAD		
		AMB	HOSP	BAJA	MEDIA	ALTA
	CONSULTA EXTERNA					
336	ONCOLOGÍA					
337	OPTOMETRÍA	X		X		
338	ORTODONCÍA					
339	ORTOPEDIA					
340	OTORRINOLARINGOLOGÍA					
341	PATOLOGÍA					
342	PEDIATRÍA					
343	PERIODONCIA					
344	PSICOLOGIA					
345	PSIQUIATRÍA					
346	REHABILITACION ONCOLOGICA					
347	REHABILITACIÓN ORAL					
348	REUMATOLOGÍA					
349	SALUD OCUPACIONAL					
350	TERAPIA ALTERNATIVA					
351	TERAPIA DEL LENGUAJE					
352	TERAPIA OCUPACIONAL					
353	TERAPIA RESPIRATORIA					
354	TOXICOLOGÍA					
355	UROLOGÍA					
356	OTRAS CONSULTAS					
	ATENCION EXTRAMURAL					
401	ATENCION DOMICILIARIA					
402	SERVICIO EXTRAMURAL					
403	UNIDAD MOVIL					
	URGENCIAS					
501	SERVICIO DE URGENCIAS					
	TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES					
601	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO					
602	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO					

COD	SERVICIO	MODALIDAD		GRADO DE COMPLEJIDAD		
		AMB	HOSP	BAJA	MEDIA	ALTA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA						
701	DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR					
702	DIÁLISIS RENAL					
703	ENDOSCOPIA DIGESTIVA					
704	FIBROBRONCOSCOPIA					
705	HEMODINAMIA					
706	LABORATORIO CLINICO					
707	LABORATORIO DE CITOPATOLOGIA					
708	LITOTRIPSIA UROLOGICA					
709	ONCOLOGÍA CLÍNICA					
710	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOST.					
711	RADIOTERAPIA					
712	TOMA DE MUESTRAS DE LAB. CLINICO					
713	TRANSFUSIÓN SANGUINEA					
714	SERVICIO FARMACÉUTICO					

CAMAS POR SERVICIO	Nº
PEDIÁTRICAS	
ADULTOS	
OBSTETRICIA	
CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	
CUIDADO INTENSIVO NEONALTAL	
CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	
CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	
CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	
CUIDADO INTENSIVO ADULTO	
UNIDAD DE QUEMADOS	
PSIQUIATRÍA	
FARMACODEPENDENCIA	
TOTAL	

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SEDE PRINCIPAL

TIPO DE SALAS	Nº
QUIRÓFANOS	4
PARTOS	

INFORMACION ADICIONAL	NUMERO
CONSULTORIOS MEDICOS	14
CONSULTORIOS ODONTOLOGICOS	
OTROS CONSULTORIOS incluye áreas de Diagnóstico y Cons. de Optometría	✓
AMBULANCIAS TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	
AMBULANCIAS TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	

¿ESTA INTERESADO EN RECIBIR EL EMBLEMA DE LA MISIÓN MEDICA?	SI		NO	

	METROS
TOTAL AREA DE LA INSTITUCION	2.260.4
TOTAL AREA CONSTRUIDA	1.641.2

COMO REPRESENTANTE LEGAL DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD ARRIBA IDENTIFICADA, DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN ESTE FORMULARIO ES VERÍDICA Y QUE SE CUMPLE CON TODAS LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN, EXIGIDAS EN LAS NORMAS VIGENTES, PARA PRESTAR SERVICIOS DE SALUD, BAJO EL COMPROMISO DE MANTENER LAS CONDICIONES DECLARADAS DURANTE EL TIEMPO DE VIGENCIA DEL REGISTRO ESPECIAL.

Firma del Representante Legal _____

Numero de identificación 70076918.

ANEXOS: Si la IPS es pública anexe fotocopia del acto de creación (Acuerdo, Ordenanza o Ley) y nombramiento y posesión del gerente, mediante el cual demuestre su existencia y representación legal.

- ✓ Si la IPS es privada con ánimo de lucro, anexe el certificado de inscripción en Cámara de Comercio.
- ✓ Si la IPS es privadas sin ánimo de lucro, anexe fotocopia de la Resolución de Personería Jurídica.
- ✓ Anexe certificación del revisor fiscal o del contador de la institución que respalde lo declarando en las condiciones de suficiencia patrimonial para la habilitación.
- ✓ Anexe fotocopia del Número de Identificación Tributaria de la Institución
- ✓ Listado del recurso humano del área de la salud, tanto de planta como los contratados por prestación de servicios, con nombre completo, profesión, numero de la cédula, numero del registro.
- ✓ Si el prestador ofrece el servicio de Transporte Asistencial Básico o Medicalizado, servicio de rayos equis, salud ocupacional. deberá anexar copia de las respectivas licencias de funcionamiento otorgadas por la DSSA.

DILIGENCIAR EN MAQUINA O CON LAPICERO DE TINTA NEGRA

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

FORMATO DE LA DECLARACIÓN DE REQUISITOS ESENCIALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Para ser diligenciado por la Dirección de Salud

Número de Radicación	Presentado el			Vigente hasta		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
00282	04	07	02	04	07	04

Angela Maria Cardona
DSSA

Código del Prestador: 05-615-00147

I. IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

Nit: 890.933.408-4

Nombre ó Razón Social:
SEDE ORIENTE CLINICA OFTALMOLOGICA DE ANTIOQUIA S.A.

Representante Legal:
SERGIO LEON GIRALDO ARAQUE

Documento de Identidad No.: 70.076.915 — 1 C.C. [X] 2 C.E. [ ]

Revisor Fiscal
MARIA ELENA GIL BUILES

Tarjeta Profesional No.: 10295 - T

Departamento: Antioquia

Municipio: Rionegro

Dirección: Calle 58 # 47-04

Teléfono: 531-01-44

Fax: 531-01-44

1 A.P. [ ] 2 A.A. [X] Número: 54831

Buzón Electrónico (E. Mail)
clofan@emp.net.co

Matrícula Mercantil Número: 33444

Fecha: Abril 6 de 1998

Expedido por:
CAMARA DE COMERCIO DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO - RIONEGRO

Naturaleza Jurídica:

1	Pública	
2	Privada	X
3	Mixta	

Personería Jurídica No. ____ Fecha ____

Otorgada por: ____

En caso de depender administrativamente de otro prestador, EPS o una entidad que se le asimile (E.A)

EPS, E.A.: ____ Código ____

Prestador: ____ 05 001 07042

II. TIPO

	1 Equipo Extramural		2 Consultorio		3 Puesto de Salud
X	4 Centro de Servicios de Salud o Centro de Salud				
	5 Centro Servicios de Salud o Centro de Salud con camas				6 Hospital o Clínica
	7 Centro de Diagnóstico de Salud				8 Entidad de traslado Pacientes

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

FORMATO DE LA DECLARACIÓN DE REQUISITOS ESENCIALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Para ser diligenciado por la Dirección de Salud

Número de Radicación	Presentado el			Vigente hasta		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
00170	4	6	02	4	6	04

Código del Prestador: 05-001-0840 2

I. IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

Nit: 890.933.408-4

Nombre ó Razón Social:
CLINICA OFTALMOLOGICA DE ANTIOQUIA S.A. - CLOFAN S.A.

Representante Legal:
SERGIO LEON GIRALDO ARAQUE

Documento de Identidad No.: 70.076.915 — 1 C.C. X — 2 C.E.

Revisor Fiscal:
MARIA ELENA GIL BUILES

Tarjeta Profesional No.: 10295 - T

Departamento: Antioquia

Municipio: Medellín

Dirección: Carre 48 # 7 -378

Teléfono: 311 14 21

Fax: 266 31 43

1 A.P. — 2 A.A. X — Número: 54831

Buzón Electrónico (E. Mail):
clofan@epm.net.co

Matrícula Mercantil Número: 21073777-4

Fecha: 09/21/83

Expedido por: CAMARA DE COMERCIO DE MEDELLIN

Naturaleza Jurídica:

1	Pública	
2	Privada	X
3	Mixta	

Personería Jurídica No. Fecha

Otorgada por:

En caso de depender administrativamente de otro prestador, EPS o una entidad que se le asimile (E.A)

EPS, E.A.: Código

Prestador:

II. TIPO

	1 Equipo Extramural	X	2 Consultorio		3 Puesto de Salud
	4 Centro de Servicios de Salud o Centro de Salud				
	5 Centro Servicios de Salud o Centro de Salud con camas				6 Hospital o Clínica
	7 Centro de Diagnóstico de Salud				8 Entidad de traslado Pacientes

OK

MINISTERIO DE SALUD
MUNICIPIO DE MEDELLÍN
SECRETARÍA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

FORMATO DE LA DECLARACIÓN DE REQUISITOS ESENCIALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Para ser diligenciado por la Dirección de Salud

Número de Radicación	Presentado el (Día Mes Año)	Vigente hasta (Día Mes Año)	Código del Prestador
03158	17 MAYO 2000	17 MAYO 2002	05-001-07042

I. IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

Nit: 890.933.408-4

Nombre ó Razón Social: CLINICA OFTALMOLOGICA DE ANTIOQUIA S.A

Representante Legal: OMAR ORTIZ LOTERO — Documento de Identidad No. 70.063.558 — 1 C.C. X — 2 C.E.

Revisor Fiscal: GLORIA PATRICIA CADAVID ZAPATA — Tarjeta Profesional No. T.P.45402

Departamento: ANTIOQUIA — Municipio: MEDELLIN — Dirección: Calle 57 No 46-43

Teléfono: 513 35 31 — Fax: 513 23 55 — 1 A.P. — 2 A.A. X — Número: 54831

Buzón Electrónico (E. Mail): clofan. epn.net.co

Matrícula Mercantil Número: 21073777-4 — Fecha: 09/21/83

Expedido por: CAMARA DE COMERCIO DE MEDELLIN

Naturaleza Jurídica:

1	Pública	
2	Privada	X
3	Mixta	

Personería Jurídica No. — Fecha

Otorgada por:

En caso de depender administrativamente de otro prestador, EPS o una entidad que se le asimile (E.A)

EPS, E.A.: — Código

Prestador:

II. TIPO

	1 Equipo Extramural		2 Consultorio		3 Puesto de Salud
	4 Centro de Servicios de Salud o Centro de Salud				
	5 Centro Servicios de Salud o Centro de Salud con camas	X	6 Hospital o Clínica		
	7 Centro de Diagnóstico de Salud		8 Entidad de traslado Pacientes		

ALCALDÍA DE MEDELLÍN
ES HORA DE ACTUAR

III. SERVICIOS DECLARADOS

Relacione los servicios que ofrece y aclare cuales de ellos se prestan en la modalidad extramural. Especifique las especialidades y subespecialidades que brinde (utilice la codificación existente).

301 Cirugia ambulatoria

313 Cirugia oftalmologica

252 Consulta de cornea y enfermedades externas

225 Consulta de oftalmologia

227 Consulta de optometria y ortoptica

622 Ecografia

614 OTROS EXAMENES DIAGNOSTICO ESPECIALIZADOS

762 Transplante de cornea

287 Consulta de anestesiologia general

Número Total de Servicios declarados: 0 0 9

Si requiere más espacios utilice una hoja adicional

IV. DATOS BÁSICOS DE CAMAS Y SALAS

Número	Camas
	Observación
	Cuidado Básico Neonatal
	Cuidado Intensivo Adulto
	Cuidado Intensivo Neonatal
	Cuidado Intermedio Adulto
	Cuidado Intermedio Neonatal
	Salud Mental
	Número Total camas hospitalización

Número	Salas
0 0 4	De Cirugía
	De Parto

Como Representante legal del Prestador de Servicios de Salud arriba identificado declaro que cumple con los requisitos esenciales establecidos en las normas vigentes a la fecha de hoy, en los servicios señalados, bajo el compromiso de mantenerlos por el tiempo que dure su prestación.

Firma: _____ Fecha: 16 de mayo de 2000

C.C. No. 890.933.408-4

Clotair CLINICA OFTALMOLOGICA DE ANTIOQUIA Fax: 513 23 55

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

FORMATO DE LA DECLARACIÓN DE REQUISITOS ESENCIALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Para ser diligenciado por la Dirección de Salud

Número de Radicación
0 0 1 1 7

Presentado el		
Día	Mes	Año
17	5	12

Vigente hasta		
Día	Mes	Año
17	5	04

Código del Prestador: 05-001-07042

I. IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

Nit: 890.933.408-4

Nombre ó Razón Social:
CLINICA OFTALMOLOGICA DE ANTIOQUIA S.A.

Representante Legal:
SERGIO LEON GIRALDO ARAQUE

Documento de Identidad No.
70.076.915
1 C.C. X 2 C.E.

Revisor Fiscal
MARIA ELENA GIL BUILES

Tarjeta Profesional No.
10295 - T

Departamento:
Antioquia

Municipio:
Medellín

Dirección:
Calle 57 # 46-43

Teléfono
513-35-31

Fax:
513-23-55

1 A.P. 2 A.A. X Número: 54831

Buzón Electrónico (E. Mail)
clofan epm.net.co

Matrícula Mercantil Número
073777-4

Fecha
09/21/83

Expedido por:
CAMARA DE COMERCIO DE MEDELLIN

Naturaleza Jurídica:

1	Pública	
2	Privada	X
3	Mixta	

Personería Jurídica No. Fecha

Otorgada por:

En caso de depender administrativamente de otro prestador, EPS o una entidad que se le asimile (E.A)

EPS, E.A.:

Prestador:

Código

II. TIPO

	1	Equipo Extramural	2	Consultorio	3	Puesto de Salud
	4	Centro de Servicios de Salud o Centro de Salud				
	5	Centro Servicios de Salud o Centro de Salud con camas	X	6	Hospital o Clínica
	7	Centro de Diagnóstico de Salud		8	Entidad de traslado Pacientes

Barrio El Poblado

MINISTERIO DE SALUD
MUNICIPIO DE MEDELLÍN
SECRETARÍA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

FORMATO DE LA DECLARACIÓN DE REQUISITOS ESENCIALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Para ser diligenciado por la Dirección de Salud

Número de Radicación	Presentado el (Día / Mes / Año)	Vigente hasta (Día / Mes / Año)	Código del Prestador
0322B	29 MAYO 2000	29 MAYO 2002	05-001-108402

I. IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

Nit: 890.933.408-4

Nombre ó Razón Social: CLINICA OFTALMOGICA DE ANTIOQUIA S.A

Representante Legal: OMAR ORTIZ LOTERO — Documento de Identidad No. 70.063.558 — 1 C.C. X — 2 C.E.

Revisor Fiscal: GLORIA PATRICIA CADAVID ZAPATA — Tarjeta Profesional No. T.P. 45402

Departamento: ANTIOQUIA — Municipio: MEDELLIN — Dirección: Carrera 48 No 7-378

Teléfono: 311 14 21 — Fax: 266 31 43 — 1 A.P. — 2 A.A. X — Número: 54831

Buzón Electrónico (E. Mail): clodean epm.net.co

Matrícula Mercantil Número: 21073777-4 — Fecha: 09/21/83

Expedido por: Cámara de Comercio de Medellín

Naturaleza Jurídica: 1 Pública — 2 Privada X — 3 Mixta

Personería Jurídica No. — Fecha

Otorgada por:

En caso de depender administrativamente de otro prestador, EPS o una entidad que se le asimile (E.A)

EPS, E.A.: — Código

Prestador:

II. TIPO

- 1 Equipo Extramural
- X 2 Consultorio
- 3 Puesto de Salud
- 4 Centro de Servicios de Salud o Centro de Salud
- 5 Centro Servicios de Salud o Centro de Salud con camas
- 6 Hospital o Clínica
- 7 Centro de Diagnóstico de Salud
- 8 Entidad de traslado Pacientes

ALCALDÍA DE MEDELLÍN
ES HORA DE ACTUAR

Completo de Requisitos Esenciales

MINISTERIO DE SALUD
MUNICIPIO DE MEDELLÍN
SECRETARÍA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

FORMATO DE LA DECLARACIÓN DE REQUISITOS ESENCIALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Para ser diligenciado por la Dirección de Salud

Número de Radicación	Presentado el (Día / Mes / Año)	Vigente hasta (Día / Mes / Año)	Código del Prestador
03158	17 MAYO 2000	17 MAYO 2002	05-001-07042

I. IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

Nit: 890.933.408-4

Nombre ó Razón Social:
CLINICA OFTALMOLOGICA DE ANTIOQUIA S.A

Representante Legal: OMAR ORTIZ LOTERO (Sergio) — Documento de Identidad No. 70.063.558 — 1 C.C. [X] 2 C.E. [ ]

Revisor Fiscal: GLORIA PATRICIA CADAVID ZAPATA (Maria Elena) — Tarjeta Profesional No. T.P.45402

Departamento: ANTIOQUIA — Municipio: MEDELLIN — Dirección: Calle 57 No 46-43

Teléfono: 513 35 31 — Fax: 513 23 55 — 1 A.P. [ ] 2 A.A. [X] Número: 54831

Buzón Electrónico (E. Mail)
clofan. epn.net.co (EPM.CO)

Matrícula Mercantil Número: 21073777-4 — Fecha: 09/21/83

Expedido por:
CAMARA DE COMERCIO DE MEDELLIN

Naturaleza Jurídica:		
1	Pública	
2	Privada	X
3	Mixta	

Personería Jurídica No. — Fecha

Otorgada por:

En caso de depender administrativamente de otro prestador, EPS o una entidad que se le asimile (E.A)

EPS, E.A.: _____ Código: _____

Prestador: _____

II. TIPO

	1 Equipo Extramural		2 Consultorio		3 Puesto de Salud
	4 Centro de Servicios de Salud o Centro de Salud				
	5 Centro Servicios de Salud o Centro de Salud con camas	X	6 Hospital o Clínica		
	7 Centro de Diagnóstico de Salud		8 Entidad de traslado Pacientes		

ALCALDÍA DE MEDELLÍN
ES HORA DE ACTUAR

MINISTERIO DE SALUD
MUNICIPIO DE MEDELLÍN
SECRETARÍA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

FORMATO DE LA DECLARACIÓN DE REQUISITOS ESENCIALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Para ser diligenciado por la Dirección de Salud

Número de Radicación	Presentado el (Día / Mes / Año)	Vigente hasta (Día / Mes / Año)	Código del Prestador
00732	15 MAYO 2008	15 MAYO 2009	05-001-07042

I. IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

Nit: 890.933.408-4

Nombre ó Razón Social: CLINICA OFTALMOLOGICA DE ANTIOQUIA S.A

Representante Legal: FABIO LEON RODRIGUEZ AGUIRRE
Documento de Identidad No. 70.061.243 — 1 C.C. [x] 2 C.E. [ ]

Revisor Fiscal: DARIO PRECIADO ZAPATA
Tarjeta Profesional No. C.P-3521-T

Departamento: ANTIOQUIA
Municipio: MEDELLIN
Dirección: CALLE 57 No 46-25

Teléfono: 513 35 31
Fax: 513 23 55
1 A.P. [ ] 2 A.A. [x] Número: 54831

Buzón Electrónico (E. Mail):

Matrícula Mercantil Número: 21073777-4
Fecha: 09/21/83

Expedido por: CAMARA DE COMERCIO

Naturaleza Jurídica:

1	Pública	
2	Privada	X
3	Mixta	

Personería Jurídica No.
Fecha
Otorgada por:

En caso de depender administrativamente de otro prestador, EPS o una entidad que se le asimile (E.A)

EPS, E.A.:
Prestador:
Código

II. TIPO

	1 Equipo Extramural		2 Consultorio		3 Puesto de Salud
	4 Centro de Servicios de Salud o Centro de Salud				
	5 Centro Servicios de Salud o Centro de Salud con camas	X	6 Hospital o Clínica		
	7 Centro de Diagnóstico de Salud		8 Entidad de traslado Pacientes		

ALCALDÍA DE MEDELLÍN
ES HORA DE ACTUAR