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 Inscripcion			3. No. Radicación	4. Código de Sede			
54	001	01868	01	2010	03	12	01868	54	001	01868	01
Dep	Mun	Consecutivo	Sede	(Año)	(Mes)	(Día)		Dep	Mun	Consecutivo	Sede

2014 - 03 - 12

5. Fecha Renovación			6. Fecha Vencimiento		
(Año)	(Mes)	(Día)	(Año)	(Mes)	(Día)

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE N. DE SDER.

A. IDENTIFICACION DEL PRESTADOR

8. Clase de Prestador			
Instituciones - IPS			
9. Nombres y Apellidos del Profesional Independiente o Razón Social de la IPS			
Clinica San Diego Cucuta			
10. Tipo Identificación	11. Número	12. DV	13. Tipo de Persona
Nit	900191362	4	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	
Norte de Santander	CÚCUTA	Avda 1 No 15 - 04 La Playa	
19. Teléfono	20. Fax	21. Correo Electrónico	
5713069	5713069	clinicasandiegocucuta@gmail.com	
Representante Legal			
22. Primer Apellido	23. Segundo Apellido	24. Primer Nombre	25. Segundo Nombre
Arevalo	Quintero	Mayron	Dario
26. Tipo Identificación	27. Número	28. Forma de Vinculación	
CC	88279563		
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	00168708	20071226	
38. Entidad que Expide		39. Ciudad de Expedición	
Camara de Comercio de Cucuta		Cucuta	
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 PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

44. Departamento	45. Municipio	46. Centro Poblado	47. Es Sede Principal?
Norte de Santander	CÚCUTA	SAN JOSÉ DE CÚCUTA	SI
48. Nombre de la Sede			
Clinia San Diego Cucuta			
49. Zona	50. Barrio	51. Dirección	

URB/ A	La Playa	Avda 1 No 15 - 04
52. Teléfono	53. Fax	54. Correo Electrónico
5713069	5713069	clinicasandiegocucuta@gmail.com

55. Nombre del Director, Gerente o Responsable

Mayron Dario Arevalo Quintero

56. Horario de atención

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves
	07 a 19	07 a 19	07 a 19	07 a 19
Viernes	Sábado			
07 a 19	07 a 13			

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
2	

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	208. CIRUGIA OFTALMOLOGICA	SI	NO							SI	NO
Quirúrgico	213. CIRUGIA PLASTICA Y ESTÉTICA	SI	NO							SI	NO
Consulta Externa	308. DERMATOLOGÍA	SI		NO	NO		NO	NO		SI	
Consulta Externa	335. OFTALMOLOGÍA	SI		NO	NO		NO	NO		SI	
Consulta Externa	337. OPTOMETRÍA	SI		NO					SI		
Consulta Externa	369. CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	SI		NO	NO		NO	NO		SI	
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	714. SERVICIO FARMACÉUTICO	SI	NO						NO	SI	NO

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.

Mayron Dario Quintero.

Firma del Representante Legal o Profesional Independiente

No Identificación 88.279.563 COLOMBIA

VERIFICACION DE ANEXOS AL FORMULARIO

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

ESTAMPILLA
PRO-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ
ORDENANZA No. 049/01 Y 053/03

No. 1659224 0001659224IFI
CTRT.0000000763

FECHA: 2010.03.02 16:17
CONCEPTO: CERT. PROF -
ENTIDAD SOLICITANTE: IDS
ID.SOLICITANTE: 890500890
APORTANTE: CLIN SAN DIEGO CUCUTA
ID.APORTANTE: 900191362-4
VALOR: $4,300 SIN VLR. COM.

Recibí
Horas 12/10