# CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

**INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER.**

**SUBGRUPO VIGILANCIA Y CONTROL.**

**COORDINADOR VIGILANCIA Y CONTROL DE INSTITUCIONES.**

# HACE CONSTAR

Que el prestador de servicios de salud MARTHA LUCIA GALLARDO CORREA, en su sede de prestador MARTHA LUCIA GALLARDO CORREA del municipio de CÚCUTA - departamento de NORTE DE SANTANDER, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud de INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER y se considera habilitado para prestar los servicios declarados en el formulario de inscripción con los siguientes datos generales:

**IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Código y Nombre del Prestador: | 5400100414 - MARTHA LUCIA GALLARDO CORREA | | | | |
| NI:Nit / CC:Cédula | CC:51881755 | Nombre o razón social: | MARTHA LUCIA GALLARDO CORREA | | |
| Fecha de inscripción: | 2003/04/14 | Fecha de vencimiento: | 2021/01/30 | Clase de prestador: | Profesional Independiente |
| Clase de persona: | NATURAL | Naturaleza Jurídica: | PRIVADA | Nivel de Atención del Prestador: | |
| Empresa Social del Estado: | NO | | | Carácter Territorial de la Entidad: | |
| Representante Legal: | MARTHA LUCIA GALLARDO CORREA | | | Dirección administrativa: | AVENIDA 0 N° 13-179 BARRIO LOS CAOBOS |
| Telefono: | 5717428-3163006741 | Fax: | | Email: | mgclabclin@hotmail.com |
| Municipio: | CÚCUTA | | | Departamento: | NORTE DE SANTANDER |

**SEDE PRINCIPAL.**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Código y Nombre Sede Principal: | 540010041401 - MARTHA LUCIA GALLARDO CORREA | | | | |
| Dirección: | AVENIDA 0 N° 13-179 BARRIO LOS CAOBOS | | | Barrio: | LOS CAOBOS |
| Telefono: | 5717428-3163006741 | Fax: | | Email: | mgclabclin@hotmail.com |
| Gerente: | | | | Fecha de Apertura: | 2003/04/14 |
| Municipio: | CÚCUTA | | | Departamento: | NORTE DE SANTANDER |

**SEDE.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Código y Nombre Sede: | 540010041401 - MARTHA LUCIA GALLARDO CORREA | | |
| Dirección: | AVENIDA 0 N° 13-179 BARRIO LOS CAOBOS | Barrio: | LOS CAOBOS |

6

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Telefono: | 5717428-3163006741 | Fax: | | Email: | mgclabclin@hotmail.com |
| Gerente: | | | Fecha de Apertura: | | 2003/04/14 |
| Municipio: | CÚCUTA | | Departamento: | | NORTE DE SANTANDER |

SERVICIOS.

| GRUPO DEL SERVICIO | COD SER | NOMBRE SERVICIO | AMB | HOSP | MOVI | DOMI | OTRA | CR | IR | BAJA | MEDI | ALTA | FECHA APERTURA (AAAAMMDD) | DISTINTIVO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 706 | LABORATORIO CLÍNICO | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | NO | 20030414 | DHS011162 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 712 | TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | NO | NO | 20160428 | DHS351439 |

**SERVICIOS CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO.**

No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

CONVENCIONES:

AMB: Intramural Ambulatorio
HOSP: Intramural Hospitalario
MOVI: Extramural Móvil
DOMI: Extramural Domiciliario
OTRA: Extramural Otras
CR: Telemedicina Centro Referencia
IR: Telemedicina Institución Remisora
BAJA: Complejidad Baja
MEDI: Complejidad Media
ALTA: Complejidad Alta

**CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.**

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Camas y Salas.

**DETALLE AMBULANCIAS.**

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias

La presente CONSTANCIA se expide previa revisión por parte de INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER, de los Formularios de Inscripción y novedades diligenciados por el prestador MARTHA LUCIA GALLARDO CORREA, quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016 y la Resolucion 2003 de 2014 ó las demás que la sustituyan, modifiquen o deroguen; así como las implicaciones del incumplimiento de las condiciones declaradas.

Dada el día martes 05 de noviembre de 2019 (11:18 a. m.).

Gloria Montaño M

**DRA. GLORIA MONTAÑO MONCADA.**

**COORDINADOR VIGILANCIA Y CONTROL DE INSTITUCIONES.**

Los anteriores datos tienen como fuente de información, la plataforma software REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud). Elaborado por el usuario del ente territorial: 54000REPS

**Presentó certificado de Ingresos de la Secretaría de Hacienda Departamental No. 168848 .por valor de $ 22.000**