

|                                                                                                                            |                                                                               |             |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|
| <br>Alcaldía Municipal de<br>Floridablanca | ACTA DE BUSQUEDA ACTIVA DE PRESTADORES DE<br>SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO | CÓDIGO:     |              |
|                                                                                                                            |                                                                               | VERSIÓN     |              |
|                                                                                                                            |                                                                               | FECHA ELAB  | OCTUBRE 2024 |
|                                                                                                                            |                                                                               | FECHA APROB |              |
| SECRETARIA LOCAL DE<br>SALUD                                                                                               | PROCESO: GESTION INTEGRAL DE LA SALUD                                         | TRD         | 200-5.3      |

|                                                                    |                                        |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Tipo de prestador de salud al cual se le está realizando la visita |                                        |
| Consultorio Odontológico _____                                     | IPS: _____                             |
| Consultorio medicina General: _____                                | Centros de estética: _____             |
| Consultorio Optometría: _____                                      | Centro acondicionamiento físico: _____ |
| Consultorio Oftalmológico: _____                                   | Otro Objeto social cual: _____         |
| " Otorrinolaringología x                                           |                                        |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Normas de referencia: | En cumplimiento de las competencias asignadas por:<br>-Decreto 780 de 2016 (Artículo 2.5.1.3.2.10), "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social".<br>-Decreto 1011 de 2006 (Artículo 16), "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud".<br>-Resolución 3100 de 2019 (Artículo 4) "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los de servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud".<br>Circular externa 054 de 2009, "Competencias de inspección, vigilancia y control de los entes territoriales departamentales, municipales y distritales en las áreas de prestación de servicios de salud, Aseguramiento de la población al sistema general de seguridad social en salud, salud pública y financiamiento del SGSSS".<br>Artículo 12 Servicio habilitado no prestado. |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| DATOS DEL PRESTADOR   |                         |                       |                                            |
|-----------------------|-------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|
| Nombre:               | BORIS DE POORTER RIVERA | Dirección:            | cl 157 N 2379<br>piso 6<br>Censu H 110 607 |
| NIT:                  | 91 240 842              | Código habilitación:  | 6827600270                                 |
| Representante legal:  | BORIS DE POORTER RIVERA | Cedula de ciudadanía: | 91 240 842                                 |
| Correo electrónico:   | Bepoorterc@gmail.com    | Teléfono:             | 3153186050                                 |
| Recibe la auditoria:  | Yamile Ortiz            | Cargo/perfil:         | Secretaria                                 |
| Fecha de inicio       | 27-10-2025              | Hora de inicio        | 2:30 PM                                    |
| Fecha de finalización | 27-10-2025              | Hora de finalización  | 3:00 PM                                    |

|                                                                                                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Servicios prestados habilitados                                                                                           |  |
| 340                                                                                                                       |  |
| Servicios prestados no habilitados                                                                                        |  |
| N/A                                                                                                                       |  |
| Evidencia fotográfica                                                                                                     |  |
| Prestador autoriza evidencia fotográfica.                                                                                 |  |
| Observaciones / comentarios                                                                                               |  |
| En el momento de la visita, se evidencia que los servicios prestados son acordes a los reportados por la plataforma RESP. |  |

| FIRMAS DE CIERRE DEL ACTA Y RECIBIDO DE LA INFORMACIÓN                                                                                       |                          |                                     |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-----------------|
| Leída y aprobada la presente acta, firman quienes intervinieron en la presente diligencia por la secretaria local de salud de Floridablanca. |                          |                                     |                 |
| SECRETARIA LOCAL DE SALUD                                                                                                                    |                          | FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD VISITADA |                 |
| FIRMA:                                                                                                                                       | Juciana Estévez D. Carr  | FIRMA:                              | Yamile Ortiz M. |
| Nombre completo:                                                                                                                             | JUCIANA ESTÉVEZ D. CARR  | Nombre completo:                    | YAMILE ORTIZ M. |
| Cargo / perfil:                                                                                                                              | Profesional de Apoyo SSF | Cargo / perfil:                     | Secretaria      |
| FIRMA:                                                                                                                                       | Edmundo                  | FIRMA:                              |                 |
| Nombre completo:                                                                                                                             | Edmundo Bohorquez        | Nombre completo:                    |                 |
| Cargo / perfil:                                                                                                                              | SECONTRATISTA SSF        | Cargo / perfil:                     |                 |

prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/serviciossedes\_reps.aspx?tbhab\_codigo\_habilitacion=6827600270

Grupo: Consulta Externa  
Servicio: 340-OTORRINOLARINGOLOGIA  
Horarios: Lunes 08:00A18:00, Martes 08:00A18:00, Miércoles 08:00A18:00, Jueves 08:00A18:00, Viernes 08:00A18:00, Sábado 08:00A12:00, Domingo  
Intramural: SI  
Extramural: Modalidad extramural Unidad móvil NO, Modalidad extramural Domiciliario NO, Modalidad extramural Jornada de salud NO, Modalidad extramural Transporte Asistencial y APH NO  
Modalidades: Telemedicina  
Telemedicina Prestador de Referencia: Telemedicina interactiva NO, Telemedicina no interactiva NO, Tele experticia NO, Tele monitoreo NO  
Telemedicina Prestador de Remisor: Tele experticia NO, Tele monitoreo NO  
Especificidades:  
Complejidad: MEDIANA  
Fecha apertura del servicio: 20250728 AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.  
Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 28 de octubre de 2025 (10:46 p.m.)  
Excel Word Texto  
(1) registros encontrados.  
Departamento Municipio Código Sede Prestador Sede Nombre Sede Prestador Servicio Distintivo  
Santander FLORIDABLANCA 6827600270 02 BORIS DE POORTERE RIVERA 340 -OTORRINOLARINGOLOGIA  
1

Activar Windows  
Ve a Configuración para activar Windows.

Escribe aquí para buscar.

prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/habilitados\_reps.aspx?pageTitle=Registro+Actual&pageHlp=

Guardar Nuevo Buscar Ayuda

#### REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato digitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

| PRESTADORES                                                                                                                                                                                                                        | SEDES | SERVICIOS                                                  | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------|-----------|----------------------|-----------|
| Nit:NI<br>Cédula ciudadanía:CC <input type="text" value="91240842"/> - <input type="text" value="5"/><br>Cédula extranjería:CE<br>Naturaleza Jurídica <input type="text" value="Privada"/> <b>Prestadores acreditados en salud</b> |       |                                                            |           |                      |           |
| DATOS GENERALES DEL PRESTADOR                                                                                                                                                                                                      |       |                                                            |           |                      |           |
| Departamento <input type="text" value="Santander"/>                                                                                                                                                                                |       | Municipio <input type="text" value="FLORIDABLANCA"/>       |           |                      |           |
| Código de Prestador <input type="text" value="6827600270"/> - <input type="text" value="02"/>                                                                                                                                      |       |                                                            |           |                      |           |
| Nombre del Prestador <input type="text" value="BORIS DE POORTERE RIVERA"/>                                                                                                                                                         |       |                                                            |           |                      |           |
| Clase de Prestador <input type="text" value="Profesional Independiente"/>                                                                                                                                                          |       | Empresa Social del Estado <input type="text"/>             |           |                      |           |
| Dirección <input type="text" value="Calle 157 N 23-99 clínica Fosunab piso 6 consultorio 607 - Barrio:El Bosque"/>                                                                                                                 |       |                                                            |           |                      |           |
| Teléfono(s) <input type="text" value="315 3186050 6298382"/>                                                                                                                                                                       |       |                                                            |           |                      |           |
| Fax <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                           |       |                                                            |           |                      |           |
| Correo Electrónico <input type="text" value="bpoortere@gmail.com"/>                                                                                                                                                                |       |                                                            |           |                      |           |
| Razón Social <input type="text" value="BORIS DE POORTERE RIVERA"/>                                                                                                                                                                 |       |                                                            |           |                      |           |
| Representante Legal <input type="text"/>                                                                                                                                                                                           |       |                                                            |           |                      |           |
| Nivel Atención Prestador <input type="text"/>                                                                                                                                                                                      |       | Carácter Territorial <input type="text"/>                  |           |                      |           |
| Fecha de Inscripción <input type="text" value="20100517"/>                                                                                                                                                                         |       | Fecha de Vencimiento <input type="text" value="20260831"/> |           |                      |           |

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 28 de octubre de 2025 (10:46 p.m.)

Guardar Nuevo Buscar Ayuda

Activar Windows  
Ve a Configuración para activar Windows.

Escribe aquí para buscar.

10:46 p. m.  
28/10/2025

REPÚBLICA DE COLOMBIA



La salud  
es de todos

Minsalud

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS**

|                               |                  |                                       |              |           |                                                                                  |
|-------------------------------|------------------|---------------------------------------|--------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Código y Nombre del Prestador |                  | 6800100270 - BORIS DE POORTERE RIVERA |              |           |                                                                                  |
| Código y Nombre de la Sede    |                  | 60270027002-BORIS DE POORTERE RIVERA  |              |           |                                                                                  |
| Departamento                  | SANTANDER        | Municipio                             | FLORIANLANCA | Dirección | Calle 157 N 22-99 clínica<br>Paseo para el consultorio<br>107, Barrio El Bosque. |
| Grupo del Servicio            | Consulta Externa |                                       |              |           |                                                                                  |

**340 - OTORRINOLARINGOLOGÍA**



Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: **DHSS0660299**

Verifique la información de este documento, ingresando a: [https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo\\_dhas.aspx](https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhas.aspx)  
y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: DHSS0660299

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la SECRETARÍA  
DEPARTAMENTAL DE SALUD DE SANTANDER - Dirección: Calle 45 No. 11-52 - Teléfono(s): 7060088 (007) 7060688 EXT. 1346 - Correo  
Electrónico: [certificaciensalud@sanlender.gov.co](mailto:certificaciensalud@sanlender.gov.co)

Fecha de apertura del servicio: 04 - 09 - 2024 (00-MM-AAAA)

Fecha de impresión: viernes 06 de septiembre de 2024 (0-03 a.m.)

El presente documento es válido de conformidad con lo previsto en el Decreto 517 de 2019 y la Resolución 1462 de 2019, o los cambios que se realicen a cualquiera de ellos.

Código interno: Minsalud\_Ps\_03060208

Versión: 1.0

**FOTOGRAFIA**







**CIRUGIA DE NARIZ**  
**CIRUGIA DE PARPADOS**  
**CIRUGIA DE OREJAS**  
**REJUVENECIMIENTO FACIAL**  
**LIPOSUCCION DE PAPADA**  
**BICHECTOMIA**  
**RELLENOS FACIALES**