

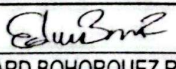
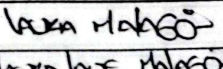
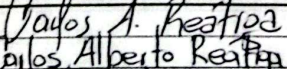
|                                                                                                                                |                                                                                   |                    |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------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

| 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: <u>X</u>                                | Otro Objeto social cual: _____         |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Normas de referencia:</b> | <p>En cumplimiento de las competencias asignadas por:</p> <p>-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".</p> <p>-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".</p> <p>-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".</p> <p>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".</p> <p>Artículo 12 Servicio habilitado no prestado.</p> |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| DATOS DEL PRESTADOR          |                                                                |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre:</b>               | Mary Alejandra Sanchez Izatagui                                |
| <b>Dirección:</b>            | Calle 158 # 20-95<br>Barrio 33 P.O. 5 D.F.C.<br>Parque Fajardo |
| <b>NIT:</b>                  | 317220                                                         |
| <b>Código habilitación:</b>  | 6827670097                                                     |
| <b>Representante legal:</b>  | Mary Alejandra Sanchez Izatagui                                |
| <b>Cedula de ciudadanía:</b> | CE 317220                                                      |
| <b>Correo electrónico:</b>   | mary.masu1610@gmail.com                                        |
| <b>Teléfono:</b>             | 3115167155                                                     |
| <b>Recibe la auditoria:</b>  | Laura Malagon                                                  |
| <b>Cargo/perfil:</b>         | Secretaria                                                     |
| <b>Fecha de inicio</b>       | 27-10-2025                                                     |
| <b>Hora de inicio</b>        | 9:30 am                                                        |
| <b>Fecha de finalización</b> | 27-10-2025                                                     |
| <b>Hora de finalización</b>  | 10:00 am                                                       |

|                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios prestados habilitados</b>                                                                                     |
| 335 Oftalmología 745 Imágenes diagnosticas                                                                                 |
| <b>Servicios prestados no habilitados</b>                                                                                  |
| N.A                                                                                                                        |
| <b>Evidencia fotográfica</b>                                                                                               |
| Prestador autoriza evidencia fotografica                                                                                   |
| <b>Observaciones / comentarios</b>                                                                                         |
| En el momento de la visita se evidenció que los servicios habilitados son acordes a los reportados por la plataforma REPS. |

| 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 |                                                                                       |
| <b>FIRMA:</b>                                                                                                                                |  | <b>FIRMA:</b>                       |  |
| <b>Nombre completo:</b>                                                                                                                      | EDWARD BOHORQUEZ ROJAS                                                              | <b>Nombre completo:</b>             | Laura Jane Malagon Mena                                                               |
| <b>Cargo / perfil:</b>                                                                                                                       | CONTRATISTA SSF                                                                     | <b>Cargo / perfil:</b>              | SECRETARIA                                                                            |
| <b>FIRMA:</b>                                                                                                                                |  | <b>FIRMA:</b>                       |                                                                                       |
| <b>Nombre completo:</b>                                                                                                                      | Carlos Alberto Restrepo P.                                                          | <b>Nombre completo:</b>             |                                                                                       |
| <b>Cargo / perfil:</b>                                                                                                                       | Contratista SSF                                                                     | <b>Cargo / perfil:</b>              |                                                                                       |

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato dígitelo 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:CE <input type="text" value="317220"/> - <input type="text" value="0"/><br>Cédula extranjería:CE<br>Naturaleza Jurídica <input type="text" value="Privada"/> <input type="button" value="▼"/> <input type="button" value="Prestadores acreditados en salud"/> |       |           |           |                      |           |
| DATOS GENERALES DEL PRESTADOR                                                                                                                                                                                                                                                             |       |           |           |                      |           |
| Departamento <input type="text" value="Santander"/> <input type="button" value="▼"/> Municipio <input type="text" value="FLORIDABLANCA"/> <input type="button" value="▼"/>                                                                                                                |       |           |           |                      |           |
| Código de Prestador <input type="text" value="6827670097"/> - <input type="text" value="01"/>                                                                                                                                                                                             |       |           |           |                      |           |
| Nombre del Prestador <input type="text" value="MARY ALEJANDRA SANCHEZ UZCATEGUI"/>                                                                                                                                                                                                        |       |           |           |                      |           |
| Clase de Prestador <input type="text" value="Profesional Independiente"/> <input type="button" value="▼"/> Empresa Social del Estado <input type="button" value="▼"/>                                                                                                                     |       |           |           |                      |           |
| Dirección <input type="text" value="Calle 158 # 20-95 Consultorio 303 piso 3 Torre C Edificio Fundación Fosunab"/>                                                                                                                                                                        |       |           |           |                      |           |
| Teléfono(s) <input type="text" value="311 5137155"/>                                                                                                                                                                                                                                      |       |           |           |                      |           |
| Fax <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |           |           |                      |           |
| Correo Electrónico <input type="text" value="mary.masu1610@gmail.com"/>                                                                                                                                                                                                                   |       |           |           |                      |           |
| Razón Social <input type="text" value="MARY ALEJANDRA SANCHEZ UZCATEGUI"/>                                                                                                                                                                                                                |       |           |           |                      |           |
| Representante Legal <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                  |       |           |           |                      |           |
| Nivel Atención Prestador <input type="button" value="▼"/> Carácter Territorial <input type="button" value="▼"/>                                                                                                                                                                           |       |           |           |                      |           |
| Fecha de Inscripción <input type="text" value="20190404"/> Fecha de Vencimiento <input type="text" value="20260403"/>                                                                                                                                                                     |       |           |           |                      |           |

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: **lunes 27 de octubre de 2025 (9:43 a.m.)**

NIT/CC  -

Naturaleza

Jurídica

## DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador  - ☐ Clase de Prestador    
 Empresa Social del Estado  Nivel Atención Prestador  Carácter Territorial

## DATOS DE LA SEDE

Departamento  Municipio

Código de la Sede  -

Nombre de la Sede

## SERVICIO

|                             |                                      |                                                |                      |
|-----------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------|
| Grupo                       | <input type="text"/>                 | Número Distintivo de Habilitación del Servicio | <input type="text"/> |
| Servicio                    | <input type="text"/>                 |                                                |                      |
| Horarios                    | <input type="text"/>                 |                                                |                      |
| Modalidades                 | Intramural                           |                                                |                      |
|                             | Extramural                           |                                                |                      |
|                             | Telemedicina                         |                                                |                      |
|                             | Telemedicina Prestador de Referencia |                                                |                      |
|                             | Telemedicina Prestador de Remisor    |                                                |                      |
| Especificidades             | <input type="text"/>                 |                                                |                      |
| Complejidad                 | <input type="text"/>                 |                                                |                      |
| Fecha apertura del servicio | <input type="text"/>                 | AAAA-MM-DD. 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: lunes 27 de octubre de 2025 (9:43 a.m.)

Excel Word Texto ;

**(2) registros encontrados.**

| Departamento | Municipio     | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador            | Servicio                                   | Distintivo  |
|--------------|---------------|-----------------------|------|----------------------------------|--------------------------------------------|-------------|
| Santander    | FLORIDABLANCA | 6827670097            | 01   | MARY ALEJANDRA SANCHEZ UZCATEGUI | 335 -OFTALMOLOGÍA                          | DHSS0184538 |
| Santander    | FLORIDABLANCA | 6827670097            | 01   | MARY ALEJANDRA SANCHEZ UZCATEGUI | 745 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES | DHSS0184539 |



Timemark

Foto 100% Real



09:51

27 de oct 2025

Lun

Cl. 158 #18, Floridablanca, Santander

Código de Foto: 1CHDBTXCH4EK21

© 1CHDBTXCH4EK21 Timemark Verified

**Dr. Juan Carlos Rueda Galvis .**  
**Dra Mary Alejandra Sanchez U.**  
**Especialistas en glaucoma**



CONSULTORIO 1  
**JUAN CARLOS RUE**  
Oftalmología

