REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SALUD - REPS.

Información al usuario.

Señor(a), USUARIO(A): 1. La siguiente información ha sido diligenciada y registrada por el prestador RADIOTERAPIA ONCOLOGIA MARLY S.A, en su sede de prestador RADIOTERAPIA ONCOLOGIA MARLY S.A del municipio de BOGOTÁ - departamento de BOGOTÁ D.C, en la Base de Datos del REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SALUD - REPS.

2. La actualización de esta información depende del PRESTADOR que habilita el servicio.

3. Esta información no reemplaza la CONSTANCIA DE HABILITACION.

SERVICIO HABILITADO

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	**1100103266 - RADIOTERAPIA ONCOLOGIA MARLY S.A**				
NI:Nit / CC:Cédula	**NI:800067908**	**Nombre o razón social:**	**RADIOTERAPIA ONCOLOGIA MARLY S.A**		
Representante Legal:	**HERMAN JOSE ESGUERRA VILLAMIZAR**	**Dirección administrativa:**	**CRA 9 # 49 22**		
Telefono:	**2887746**	**Fax:**	**2878154**	**Email:**	**RADIOTERAPIA@TUTOPIA.COM**
Municipio:	**BOGOTÁ**	**Departamento:**	**BOGOTÁ D.C**		

SEDE.

Código y Nombre Sede:	**110010326601 - RADIOTERAPIA ONCOLOGIA MARLY S.A**				
Gerente:		**Dirección:**	**CRA 9 # 49 22**	**Barrio:**	**MARLY**
Telefono:		**Fax:**		**Email:**	
Municipio:	**BOGOTÁ**	**Departamento:**	**BOGOTÁ D.C**		

SERVICIO.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	AMB	HOSP	MOVI	DOMI	OTRA	CR	IR	BAJA	MEDI	ALTA	FECHA APERTURA DEL SERVICIO (AAAAMMDD)	DISTINTIVO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	711	RADIOTERAPIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20030321	DHS165315

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**

En caso de cualquier inquietud con la anterior información o el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá - Dirección:Carrera 32 No.12-81 - Telefono(s):3649586-3649590 3649090 EXT 9890-9873 - Correo Electronico:habilitacionsds@saludcapital.gov.co

Versión 1.0.

Fecha de impresión: lunes 11 de septiembre de 2017 (4:58 p. m.).