

FORMULARIO DE INSCRIPCION INSTITUCIONES ESPECIALIZADAS

INSTITUCIÓN: _____

DIRECCION: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____ **NIIT:** _____

FAX: _____ **E-MAIL:** _____

PAGINA WEB: _____

PROPIETARIO DE LA INSTITUCION: _____

REPRESENTANTE LEGAL: _____

NOMBRE COMERCIAL DE LA INSTITUCION: _____

NOMBRE DEL MEDICO QUE EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EXPEDIRÁ EL CERTIFICADO:

REGISTRO DEL MEDICO: _____

DOC. DE IDENTIDAD DEL MEDICO: _____

DIRECCIÖN: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR _____

[illegible]

ANEXOS:

1.	Certificado de Existencia y Representación Legal de la Institución	SI	NO
2.	Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud		
3.	Certificación de Equipos de Evaluación		
4.	Certificado SIC de cumplimiento Requisitos ISO/IEC 17024:2003		

Nombre y firma REPRESENTANTE LEGAL DE LA INSTITUCIÓN

C.C. No. de

Domicilio Principal donde funciona la Institución: Ciudad Departamento

Teléfono:

Lugar y Fecha de Diligenciamiento DD/MM/AA/

Funcionario Responsable del recibo del Formulario de Inscripción DGSM-SSS:

Nombre/Firma

Fecha de Radicación: DD/MM/AA/

No. de Radicación:

Vo.Bo.: SUBDIRECTOR DE SALUD DGSM Nombre/Firma