

**Pre visualización de formato integrado****Institución o dependencia**

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA -POPAYAN

**Fecha última actualización**

2021-04-12

**Estado**

Inscrito

**Tipo formato integrado** Modelo Único – Hijo**Número**

33649

**Descripción**

Nombre propuesto en el inventario

**Radiología e imágenes diagnósticas****Nombre****Radiología e imágenes diagnósticas****Nombre estandarizado**

Expedición placa(s) radiología e imágenes diagnósticas

**También se conoce como***Rayos x, Examen de Rayos X, Procedimientos imagenología***Propósito de cara al usuario**

Obtener imágenes del paciente para efectos diagnósticos y terapéuticos, mediante la utilización de ondas del espectro electromagnético y de otras fuentes de energía.

**¿Se puede realizar por medios electrónicos?**

no disponible




**Información del resultado final****Nombre del resultado****Resultado del examen****Tiempo de obtención**

5 día(s) hábil

**¿Tiene observaciones y excepciones al tiempo de obtención?****Medio por donde se obtiene el resultado**

Presencial

**Fundamento legal**

Tipo de norma	Número	Año	Títulos, capítulos o artículos	Elementos del Trámite	Soporte
Ley	23	1981	Artículos 10, 12, 13		
Ley	657	2001	Artículos 1 – 4, 11		
Resolución	5261	1994	Artículos 76, 89, 96, 100, 107, 113, 114, 115		

**Información de ejecución****Puntos de atención**En un punto de atención específico de la institución  
[Ver puntos de atención](#)**Fecha de ejecución**

Cualquier fecha

**Registro dirigido a**

Ciudadano

Extranjeros

**Situaciones de vida**

Ninguno

## Clasificación temática

### Salud

## Qué se necesita

### 1 Reunir los documentos y cumplir con las condiciones establecidas para el trámite



#### Documento

**Orden médica con la solicitud del examen:** 1 original(es)

**Anotaciones adicionales:** El usuario debe cumplir con las indicaciones realizadas previamente a la toma del examen, en caso de ser necesario.

**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros



#### Documento

**Cédula de ciudadanía :** 1 original(es)

**Anotaciones adicionales:** Tarjeta de identidad para menores de 18 años y mayores de 7 años o registro civil de nacimiento para menores de 7 años.

**Aplica para:** Ciudadano



#### Documento

**Cédula de extranjería:** 1 original(es)

**Aplica para:** Extranjeros



#### Documento

**Autorización de servicios:** 1 original(es)

**Anotaciones adicionales:** Por parte de la entidad promotora de salud - EPS del régimen subsidiado, en caso de ser necesaria.

**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros

### Excepción 1: En caso de ser afiliado a una entidad promotora de salud - EPS del régimen subsidiado.



#### Verificación institución

Estar afiliado a la entidad promotora de salud - EPS del régimen subsidiado que tenga convenio con el hospital.

**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros

**Nota:** para cumplir con esta acción no debe adjuntar ningún soporte. La institución verificará que usted cumpla con lo que se solicita

### Excepción 2: En caso de ser población vinculada.



#### Verificación institución

Encontrarse en el nivel I o II del Sisbén y no estar afiliado a una entidad .promotora de salud del régimen subsidiado.

**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros

**Nota:** para cumplir con esta acción no debe adjuntar ningún soporte. La institución verificará que usted cumpla con lo que se solicita

## 2 Solicitar la cita



### Canal de atención

#### Medio

Telefónico

#### Detalle

Call center **(57)(No tiene departamento) 8380750**, Horario de atención: 7:30 am a 6:00 pm

**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros

## 3 Realizar la cancelación de la cita en caso de no poder asistir



### Canal de atención

#### Medio

Telefónico

#### Detalle

Call center **(57)(No tiene departamento) 8380750**, Horario de atención: 7:30 am a 6:00 pm

**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros

## 4 Realizar pago



### Pago

#### Descripción del pago:

##### Descripción

Pago de la cuota moderadora o de recuperación de acuerdo al tipo de afiliación al sistema de salud

##### Tipo moneda

Pesos (\$)

##### Tipo valor

Avalúo y/o liquidación

##### Valor

#### Información del medio de pago:

- En la entidad solicitante: Cajas habilitadas para tal fin en el área de consulta externa

**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros

## 5 Asistir a la toma de los exámenes en la fecha y hora programada, presentando los documentos requeridos



### Canal de atención

#### Medio

Presencial

#### Detalle

[Presencial en los puntos de atención indicados por la institución](#)

**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros

**Resultado del examen*****Medio por donde se obtiene el resultado: Presencial*****Medio para seguimiento del usuario****- Seguimiento en la sede principal****Dirección**

Calle 15 No. 17A 136

**Teléfono:**

8213893

**Correo electrónico**

hospitalhslv@hosusana.gov.co

