

## Pre visualización de formato integrado

Institución o dependencia	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA -POPAYAN		
Fecha última actualización	2016-04-15	Estado	Inscrito
Tipo formato integrado	 <b>Modelo Único – Hijo</b>	Número	<b>34155</b>

### Descripción

Nombre propuesto en el inventario	<b>Terapia</b>
Nombre	<b>Terapia</b>
Nombre estandarizado	Asignación cita(s) terapia
También se conoce como	<i>Tratamiento a enfermedades</i>
Propósito de cara al usuario	Acceder a tratamientos para la habilitación o rehabilitación integral del paciente.
¿Se puede realizar por medios electrónicos?	no disponible

### Información del resultado final

Nombre del resultado	<b>Atención terapéutica</b>
Tiempo de obtención	3 día(s) hábil
¿Tiene observaciones y excepciones al tiempo de obtención?	
Medio por donde se obtiene el resultado	Telefónico

### Fundamento legal

Tipo de norma	Número	Año	Títulos, capítulos o artículos	Elementos del Trámite	Soporte
Ley	528	1999	Artículo 1, título VI capítulo I, III y IV		
Ley	23	1981	Artículos 10, 12, 13		
Resolución	5261	1994	Artículos 5 Parágrafo, 18, 49, 52		

### Información de ejecución

Puntos de atención	En un punto de atención específico de la institución <a href="#">Ver puntos de atención</a>
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 tipo de terapia:** 1 original(es)

**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, y 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 SISBEN 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: Lunes a Viernes de 7:00 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: Lunes a Viernes de 7:00 a 6:00 pm

Presencial

Presencial en los puntos de atención indicados por la institución

**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros

## 4 Asistir a la terapia 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

### Atención terapéutica

**Medio por donde se obtiene el resultado:** Telefónico

### Medio para seguimiento del usuario

- Seguimiento en la sede principal

**Dirección**

Calle 15 No. 17A 136

**Teléfono:**

8213893

**Correo electrónico**

hospitalhslv@hosusana.gov.co

