

### Pre visualización de formato integrado

Institución o dependencia	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA -POPAYAN		
Fecha última actualización	2016-03-15	Estado	Inscrito
Tipo formato integrado	<b>Modelo Único – Hijo</b>	Número	<b>33649</b>

### Descripción



Nombre propuesto en el inventario	<b>Radiología e imágenes diagnósticas</b>
Nombre	<b>Radiología e imágenes diagnósticas</b>
Nombre estandarizado	Expedición placa(s) radiología e imágenes diagnósticas
También se conoce como	<i>Rayos x, Examen de Rayos X, Procedimientos imagenología</i>
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	<b>Resultado del examen</b>
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
Resolución	5261	1994	Artículos 76, 89, 96, 100, 107, 113, 114, 115		

Ley	657	2001	Artículos 1 – 4, 11	
Ley	23	1981	Artículos 10, 12, 13	

### 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 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 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 **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 **8380750**, Horario de atención: 7:30 am a 6:00 pm**Aplica para:** Ciudadano, Extranjeros**4 Realizar pago****Pago****Descripción del pago:**

Descripción	Tipo moneda	Tipo valor	Valor
Pago de la cuota moderadora o de recuperación de acuerdo al tipo de afiliación al sistema de salud	Pesos (\$)	Avalúo y/o liquidación	

**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 [hosusvalencia@caucanet.net.co](mailto:hosusvalencia@caucanet.net.co)

---