|  |  |
| --- | --- |
| **Datos generales** | |
| **Nombre de la Unidad:** | CLINICA PERIFERICA “PROFR. DIONISIO SANCHEZ VILLASEÑOR” |
| **Dirección:** | CALZADA DE LAS ROSAS # 10, COL. MAGISTERIAL |
| **Teléfono:** | 872 7720-685 |
| **Fax:** | NO APLICA |
| **Correo electrónico:** | Cristi\_1155@hotmail.com |
| **Horario de atención** | |
| **Consulta externa:** | LUNES A VIERNES DE 08:00 A 14:00 Y 14:30 A 18:30  SABADOS, DOMINGO Y DIAS FESTIVOS DE 8:00 A 21:00 HRS |
| **Urgencias:** | NO APLICA |
| **Farmacia:** | LUNES A VIERNES DE 08:00 A 22:00 HRS  SABADOS, DOMINGO SY DIAS FESTIVO DE 08:00 A 21:00 HRS |
| **Dental:** | LUNES A VIERNES DE 10:00 A 12:00 HRS Y 17:00 A 19:00 HRS  SABADO DE 08:00 A 14:00 HRS Y 16:00 A 20:00 HRS |
| **Requisitos para acceder a los servicios** | |
| **SERVICIO AL DERECHOHABIENTE, PRESENTAR LA CREDENCIAL VIGENTE DEL SERVICIO MÉDICO** | |
| **Lista de especialidades con la que cuenta la unidad** | |
| * CARDIOLOGIA * DENTAL * REHABILITACION FISICA | |
| **REHABILITACIÓN FÍSICA** | |
| **Horario:** | LUNES A VIERNES DE 09:00 A 13:00 HRS Y DE 16:00 A 20: 00 HRS |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | * SER DERECHOHABIENTE * TENER ENVIO DEL MÉDICO * PRESENTAR CREDENCIAL DEL SERVICIO MÉDICO * FIRMAR AL TERMINAR LA SESIÓN |
| **Servicios que presta el departamento** | ATENCIÓN A PROBLEMAS MUSCULARES Y/O ARTICULARES |
| **ENFERMERIA** | |
| **Horario:** | LUNES A VIERNES DE 08:00 A 22:00 HRS  SABADOS, DOMINGO Y FESTIVOS DE 08:00 A 21:00 HRS |
| **Requisitos para acceder al servicio:** | * SER DERECHOHABIENTE * PRESENTAR CREDENCIAL DEL SERVICIO MÉDICO |
| **Servicios que presta el departamento** | APLICACIÓN DE INYECCIONES, PESAJE, TOMA DE PRESIÓN Y DEXTROXTIS |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | INCAPACIDADES, CARTAS DE BUENA SALUD, CONSTANCIAS MEDICAS, CERTIFICADOS MEDICOS. |
| **Horario de atención:** | DE 08:00 A 16:00 HORAS DE LUNES A VIERNES |
| **Lugar de atención:** | OFICINA ADMINISTRATIVA |
| **Requisitos:** | SER DERECHOHABIENTE |
| **Tiempo de respuesta:** | A MAS TARDAR UN DIA. |
| **Quien puede realizar el trámite:** | INTERESADO O FAMILIAR |