



La salud
es de todos

Minsalud

FORMULARIO DE
INSCRIPCIÓN O
REACTIVACIÓN EN EL
REGISTRO ESPECIAL DE
PRESTADORES DE SERVICIOS
DE SALUD - REPS.

Fecha de impresión: viernes 14 de diciembre de 2018 (10:33 a. m.).

Formulario de inscripción o reactivación.

PRESTADOR.

Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud

1. Código de Prestador Principal	2. Fecha Radicación del Prestador a la ETS	3. No. Radicación	4. Código de Sede
23 001 02154 D1			23 001 02154 D
Dep Mun Consecutivo Sede	Año Mes Día	No. Radicación	Dep Mun Cons Sede
5. Fecha Vencimiento	6. Entidad Territorial de Salud, que registra la inscripción en el REPS: SECRETARÍA DESARROLLO DE LA SALUD DE CÓRDOBA, dependencia:		
Año Mes Día			

A. IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

8. Clase de prestador	INSTITUCIONES - IPS
9. Nombre y Apellidos del Profesional Independiente o Razón Social de la IPS	ESPECIALIDADES MEDICAS INTEGRALES DEL CARIBE SAS

Si está realizando la inscripción ó reactivación para un Prestador de Servicios de Salud, que ya se encuentre inscrito en otra Entidad Territorial de Salud, tenga en cuenta, el diligenciamiento en este formulario, con el nombre correcto del Prestador como aparece en el documento del NIT, si fuera el caso, y para los Profesionales Independientes el documento de identificación.

10. Tipo de identificación	11. Número de identificación	12. Dígito de verificación	13. Tipo de persona	14. Naturaleza Jurídica
NIT	901174165	1	JURIDICO	PRIVADA
15. Sitio Web				

Ubicación del Profesional Independiente o de la Sede Administrativa de la IPS

16. Departamento	17. Municipio	18. Dirección
CÓRDOBA	MONTERÍA	CALLE 30 N° 6 - 24 BARRIO CENTRO
19. Teléfono	20. Fax	21. Correo electrónico
3006601556	3024170048	especialidadescardiologicas@gmail.com

Representante Legal

22. Primer Apellido	23. Segundo Apellido	24. Primer Nombre	25. Segundo Nombre
BURGOS	SARMIENTO	SAMIA	ROSA
26. Tipo de identificación	27. Número de identificación	28. Forma de vinculación	29. Fecha de vinculación (AAAAMMDD)
CC	30689078		

Tenga en cuenta: La anterior información del Representante Legal no puede ser modificada en el proceso de Inscripción para los casos cuando el número de NIT este asociado a otros Prestadores de Servicios de Salud inscritos en otra Entidad Territorial de Salud. Verifique la información antes de realizar su registro si es su caso.

Acto de constitución

30. Acto de Constitución	MATRÍCULA MERCANTIL	31. Número de Acto	163219	32. Fecha de Acto (AAAAMMDD)	20180420
33. Entidad que expide	CAMARA DE COMERCIO	34. Ciudad de expedición	MONTERIA		

Prestadores Públicos

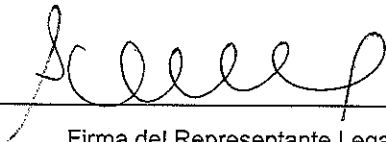
35. Carácter Territorial		36. Nivel de atención		37. Empresa Social del Estado - ESE	
--------------------------	--	-----------------------	--	-------------------------------------	--

CONSULTA EXTERNA	342	PEDIATRÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	701	DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO

NOTA: EL DILIGENCIAMIENTO EN EL APLICATIVO Y LA PRESENTACIÓN DE ESTE FORMULARIO A LA ENTIDAD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL DE SALUD, NO APLICA COMO HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS, SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD Y SERVICIOS ONCOLÓGICOS, ESTOS REQUIEREN PARA SU HABILITACIÓN TENER VISITA DE VERIFICACIÓN PREVIA, DE ACUERDO CON EL ARTICULO 58 DE LA LEY 1438 DE 2011. TAMBIÉN REQUIEREN TENER VISITA DE VERIFICACIÓN PREVIA LOS SERVICIOS DE: OBSTETRICIA, TRANSPORTE ASISTENCIAL Y TODOS LOS SERVICIOS DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) QUE ESTÉ INSCRIBIENDO.

HASTA TANTO SE ACERQUE A LA ENTIDAD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL DE SALUD DE SU JURISDICCIÓN, Y RADIQUE EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN O REACTIVACIÓN Y ANEXE LOS DOCUMENTOS COMO SE MENCIONA EN EL NUMERAL 3.1.3 DE LA HOJA NO. 194 DE LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014, NO SE CONSIDERARÁ HABILITADO Y NO PODRÁ OFERTAR NI PRESTAR SERVICIOS DE SALUD, LO ANTERIOR, SEGÚN LO NORMADO EN DICHA RESOLUCIÓN. DESEA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LA INSCRIPCIÓN Ó REACTIVACIÓN: RESOLUCIÓN 2003 DE 2.014."

COMO REPRESENTANTE LEGAL DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD ARRIBA IDENTIFICADA O COMO PROFESIONAL INDEPENDIENTE, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN ESTE FORMULARIO ES VERAZ Y QUE CUMPO CON LOS REQUISITOS Y CONDICIONES DEFINIDOS EN LA REGLAMENTACIÓN LEGAL VIGENTE PARA LA HABILITACIÓN.


Firma del Representante Legal

CC :30689078 -SAMIA ROSA BURGOS SARMIENTO

Tipo de identificación, Número de identificación, Nombres y Apellidos del Representante Legal o Independiente

Los anteriores datos tienen como fuente de información, la plataforma software REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud) - Formulario de Inscripción ó Reactivación de Prestadores de Servicios de Salud.

Elaborado por:901174165

Impraso por:901174165

Versión 5.0.

Fecha de impresión: viernes 14 de diciembre de 2018 (10:33 a. m.).