

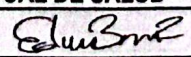
|                                                                                                                                                                    |                                                                                   |                    |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------|
| <br><b>Alcaldía Municipal de Floridablanca</b><br><b>SECRETARIA LOCAL DE SALUD</b> | <b>ACTA DE BUSQUEDA ACTIVA DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO</b> | <b>CÓDIGO:</b>     |                |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                   | <b>VERSIÓN</b>     |                |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                   | <b>FECHA ELAB</b>  | OCTUBRE 2024   |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                   | <b>FECHA APROB</b> |                |
|                                                                                                                                                                    | <b>PROCESO: GESTION INTEGRAL DE LA SALUD</b>                                      | <b>TRD</b>         | <b>200-5.3</b> |

|                                                                                                                                             |                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tipo de prestador de salud al cual se le está realizando la visita</b>                                                                   |                                                                                                                                  |
| Consultorio Odontológico: _____<br>Consultorio medicina General: _____<br>Consultorio Optometría: _____<br>Consultorio Oftalmológico: _____ | IPS: _____<br>Centros de estética: _____<br>Centro acondicionamiento físico: _____<br>Otro Objeto social cual: <u>ONCOLOGIA.</u> |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Normas de referencia:</b> | En cumplimiento de las competencias asignadas por:<br>-Decreto 780 de 2016 (Artículo 2.5.1.3.2.10), "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social".<br>-Decreto 1011 de 2006 (Artículo 16), "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud".<br>-Resolución 3100 de 2019 (Artículo 4) "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los de servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud".<br>Circular externa 054 de 2009, "Competencias de inspección, vigilancia y control de los entes territoriales departamentales, municipales y distritales en las áreas de prestación de servicios de salud, Aseguramiento de la población al sistema general de seguridad social en salud, salud publica y financiamiento del SGSSS".<br>Artículo 12 Servicio habilitado no prestado. |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| DATOS DEL PRESTADOR          |                             |                              |                                 |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <b>Nombre:</b>               | SARA INES JIMENEZ SANGUINO. | <b>Dirección:</b>            | CMCAL, TORRE B PISO 9. GPS 912. |
| <b>NIT:</b>                  | 63 283 005                  | <b>Código habilitación:</b>  | 6827601505                      |
| <b>Representante legal:</b>  | SARA INES JIMENEZ           | <b>Cedula de ciudadanía:</b> | 63 283 005                      |
| <b>Correo electrónico:</b>   | Saris1960@yahoo.com         | <b>Teléfono:</b>             | 607 6848418                     |
| <b>Recibe la auditoria:</b>  | CLARA INES PICO             | <b>Cargo/perfil:</b>         | SECRETARIA                      |
| <b>Fecha de inicio</b>       | 28-10-25                    | <b>Hora de inicio</b>        | 9: 20                           |
| <b>Fecha de finalización</b> | 28-10-25                    | <b>Hora de finalización</b>  | 9: 40.                          |

|                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios prestados habilitados</b><br>321 - 329 - 336                                                                                                            |
| <b>Servicios prestados no habilitados</b><br>N/A                                                                                                                     |
| <b>Evidencia fotográfica</b><br>PRESTADOR AUTORIZA EVIDENCIA FOTOGRAFICA.                                                                                            |
| <b>Observaciones / comentarios</b><br>En el momento de la visita PUEDE EVIDENCIAR QUE LOS SERVICIOS HABILITADOS SON ACORDES A LOS REPORTADOS POR LA PLATAFORMA REPS. |

| FIRMAS DE CIERRE DEL ACTA Y RECIBIDO DE LA INFORMACIÓN                                                                                       |                                                                                     |                                     |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| Leída y aprobada la presente acta, firman quienes intervinieron en la presente diligencia por la secretaria local de salud de Floridablanca. |                                                                                     |                                     |                   |
| SECRETARIA LOCAL DE SALUD                                                                                                                    |                                                                                     | FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD VISITADA |                   |
| <b>FIRMA:</b>                                                                                                                                |  | <b>FIRMA:</b>                       | CLARA INES PICO R |
| <b>Nombre completo:</b>                                                                                                                      | EDWARD BOHORQUEZ ROJAS                                                              | <b>Nombre completo:</b>             | CLARA INES PICO   |
| <b>Cargo / perfil:</b>                                                                                                                       | CONTRATISTA SSF                                                                     | <b>Cargo / perfil:</b>              | SECRETARIA        |
| <b>FIRMA:</b>                                                                                                                                |                                                                                     | <b>FIRMA:</b>                       |                   |
| <b>Nombre completo:</b>                                                                                                                      |                                                                                     | <b>Nombre completo:</b>             |                   |
| <b>Cargo / perfil:</b>                                                                                                                       |                                                                                     | <b>Cargo / perfil:</b>              |                   |

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

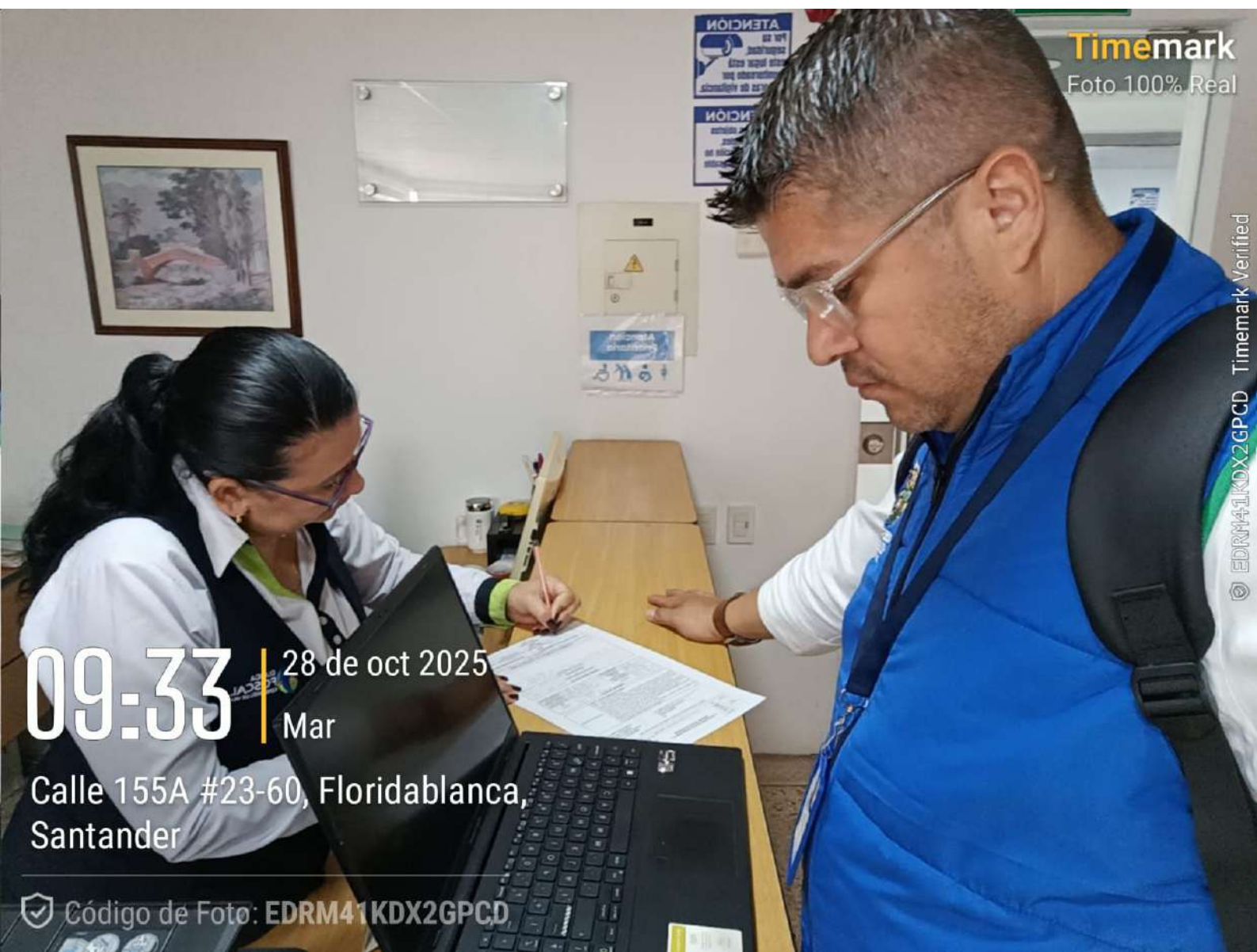
Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

| PRESTADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|-----------|----------------------|-----------|
| Nit:NI<br>Cédula ciudadanía:CC <input type="text" value="63283005"/> - <input type="text" value="0"/><br>Cédula extranjería:CE<br>Naturaleza Jurídica <input type="text" value="Privada"/> <input type="button" value="▼"/> <input type="button" value="Prestadores acreditados en salud"/> |       |           |           |                      |           |
| DATOS GENERALES DEL PRESTADOR                                                                                                                                                                                                                                                               |       |           |           |                      |           |
| Departamento <input type="text" value="Santander"/> <input type="button" value="▼"/> Municipio <input type="text" value="FLORIDABLANCA"/> <input type="button" value="▼"/>                                                                                                                  |       |           |           |                      |           |
| Código de Prestador <input type="text" value="6827601505"/> - <input type="text" value="01"/>                                                                                                                                                                                               |       |           |           |                      |           |
| Nombre del Prestador <input type="text" value="SARA INES JIMENEZ SANGUINO"/>                                                                                                                                                                                                                |       |           |           |                      |           |
| Clase de Prestador <input type="text" value="Profesional Independiente"/> <input type="button" value="▼"/> Empresa Social del Estado <input type="button" value="▼"/>                                                                                                                       |       |           |           |                      |           |
| Dirección <input type="text" value="CENTRO MEDICO CARLOS ARDILA LÜLLE TORRE B PISO 9 MOD 61 CONS 912"/>                                                                                                                                                                                     |       |           |           |                      |           |
| Teléfono(s) <input type="text" value="6848418 / 6384160"/>                                                                                                                                                                                                                                  |       |           |           |                      |           |
| Fax <input type="text" value="S/N"/>                                                                                                                                                                                                                                                        |       |           |           |                      |           |
| Correo Electrónico <input type="text" value="sarís1960@yahoo.com"/>                                                                                                                                                                                                                         |       |           |           |                      |           |
| Razón Social <input type="text" value="SARA INES JIMENEZ SANGUINO"/>                                                                                                                                                                                                                        |       |           |           |                      |           |
| Representante Legal <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                    |       |           |           |                      |           |
| Nivel Atención Prestador <input type="button" value="▼"/> Carácter Territorial <input type="button" value="▼"/>                                                                                                                                                                             |       |           |           |                      |           |
| Fecha de Inscripción <input type="text" value="20100517"/> Fecha de Vencimiento <input type="text" value="20260630"/>                                                                                                                                                                       |       |           |           |                      |           |
| Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 28 de octubre de 2025 (9:26 a.m.)                                                            |       |           |           |                      |           |

| PRESTADORES                                                                                                                                                                                                                      | SEDES                                                                                                                     | SERVICIOS                                      | CAPACIDAD            | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| NIT/CC                                                                                                                                                                                                                           | <input type="text"/>                                                                                                      | -                                              | <input type="text"/> |                      |                      |
| Naturaleza Jurídica                                                                                                                                                                                                              | <input type="text"/>                                                                                                      |                                                |                      |                      |                      |
| DATOS GENERALES DEL PRESTADOR                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                           |                                                |                      |                      |                      |
| Código del Prestador                                                                                                                                                                                                             | <input type="text"/>                                                                                                      | -                                              | <input type="text"/> | Clase de Prestador   | <input type="text"/> |
| Empresa Social del Estado                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                                                      | Nivel Atención Prestador                       | <input type="text"/> | Carácter Territorial | <input type="text"/> |
| DATOS DE LA SEDE                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                           |                                                |                      |                      |                      |
| Departamento                                                                                                                                                                                                                     | <input type="text"/>                                                                                                      | Municipio                                      | <input type="text"/> |                      |                      |
| Código de la Sede                                                                                                                                                                                                                | <input type="text"/>                                                                                                      | -                                              | <input type="text"/> |                      |                      |
| Nombre de la Sede                                                                                                                                                                                                                | <input type="text"/>                                                                                                      |                                                |                      |                      |                      |
| SERVICIO                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                           |                                                |                      |                      |                      |
| Grupo                                                                                                                                                                                                                            | <input type="text"/>                                                                                                      | Número Distintivo de Habilitación del Servicio | <input type="text"/> |                      |                      |
| Servicio                                                                                                                                                                                                                         | <input type="text"/>                                                                                                      |                                                |                      |                      |                      |
| Horarios                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                           |                                                |                      |                      |                      |
| Modalidades                                                                                                                                                                                                                      | Intramural<br>Extramural<br>Telemedicina<br><br>Telemedicina Prestador de Referencia<br>Telemedicina Prestador de Remisor |                                                |                      |                      |                      |
| Especificidades                                                                                                                                                                                                                  | <input type="text"/>                                                                                                      |                                                |                      |                      |                      |
| Complejidad                                                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/>                                                                                                      |                                                |                      |                      |                      |
| Fecha apertura del servicio                                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/> AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.                                                                |                                                |                      |                      |                      |
| Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 28 de octubre de 2025 (9:26 a.m.) |                                                                                                                           |                                                |                      |                      |                      |
| <div><div>Excel</div><div>Word</div><div>Texto</div><div></div></div>                                                                                                                                                            |                                                                                                                           |                                                |                      |                      |                      |

(3) registros encontrados.

| Departamento | Municipio     | Código Sede | Prestador Sede | Nombre Sede                | Prestador              | Servicio    | Distintivo |
|--------------|---------------|-------------|----------------|----------------------------|------------------------|-------------|------------|
| Santander    | FLORIDABLANCA | 6827601505  | 01             | SARA INES JIMENEZ SANGUINO | 321 -HEMATOLOGÍA       | DHSS0554610 |            |
| Santander    | FLORIDABLANCA | 6827601505  | 01             | SARA INES JIMENEZ SANGUINO | 329 -MEDICINA INTERNA  | DHSS0554611 |            |
| Santander    | FLORIDABLANCA | 6827601505  | 01             | SARA INES JIMENEZ SANGUINO | 336 -ONCOLOGÍA CLÍNICA | DHSS0554612 |            |



Timemark  
Foto 100% Real

09:33 | 28 de oct 2025  
Mar

Calle 155A #23-60, Floridablanca,  
Santander

✓ Código de Foto: EDRM41KDX2GPCD

© EDRM41KDX2GPCD Timemark Verified

Timemark

Foto 100% Real



09:35

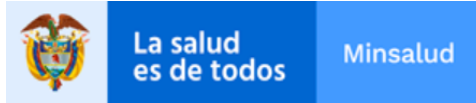
28 de oct 2025

Mar

Calle 155A #23-60, Floridablanca,  
Santander

✓ Código de Foto: M431LWMRALUM49

© M431LWMRALUM49 Timemark Verified



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS**

|                               |           |                                         |               |           |                                                                                               |
|-------------------------------|-----------|-----------------------------------------|---------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Código y Nombre del Prestador |           | 6827601505 - SARA INES JIMENEZ SANGUINO |               |           |                                                                                               |
| Código y Nombre de la Sede    |           | 682760150501-SARA INES JIMENEZ SANGUINO |               |           |                                                                                               |
| Departamento                  | SANTANDER | Municipio                               | FLORIDABLANCA | Dirección | CENTRO MEDICO CARLOS<br>ARDILA LÜLLE TORRE B<br>PISO 9 MOD 61 CONS 912.<br>Barrio: EL BOSQUE. |
| Grupo del Servicio            |           | Consulta Externa                        |               |           |                                                                                               |

**321 - HEMATOLOGÍA**



Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: **DHSS0554610**

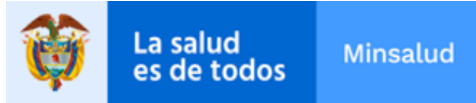
Verifique la información de este documento, ingresando a: [https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo\\_dhss.aspx](https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx) y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHSS0554610

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DE SANTANDER - Dirección:Calle 45 No. 11-52 - Telefono(s):7008888 (607) 7008888 EXT. 1246 - Correo Electronico:certificacionsalud@santander.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 17 - 05 - 2010 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: martes 28 de octubre de 2025 (3:46 p.m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS**

|                               |           |                                         |               |           |                                                                                               |
|-------------------------------|-----------|-----------------------------------------|---------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Código y Nombre del Prestador |           | 6827601505 - SARA INES JIMENEZ SANGUINO |               |           |                                                                                               |
| Código y Nombre de la Sede    |           | 682760150501-SARA INES JIMENEZ SANGUINO |               |           |                                                                                               |
| Departamento                  | SANTANDER | Municipio                               | FLORIDABLANCA | Dirección | CENTRO MEDICO CARLOS<br>ARDILA LÜLLE TORRE B<br>PISO 9 MOD 61 CONS 912.<br>Barrio: EL BOSQUE. |
| Grupo del Servicio            |           | Consulta Externa                        |               |           |                                                                                               |

**329 - MEDICINA INTERNA**



Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: **DHSS0554611**

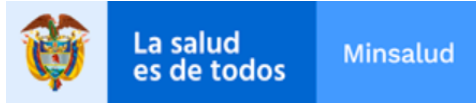
Verifique la información de este documento, ingresando a: [https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo\\_dhss.aspx](https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx) y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHSS0554611

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DE SANTANDER - Dirección:Calle 45 No. 11-52 - Telefono(s):7008888 (607) 7008888 EXT. 1246 - Correo Electronico:certificacionsalud@santander.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 17 - 05 - 2010 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: martes 28 de octubre de 2025 (3:46 p.m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS**

|                               |           |                                         |               |           |                                                                                               |
|-------------------------------|-----------|-----------------------------------------|---------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Código y Nombre del Prestador |           | 6827601505 - SARA INES JIMENEZ SANGUINO |               |           |                                                                                               |
| Código y Nombre de la Sede    |           | 682760150501-SARA INES JIMENEZ SANGUINO |               |           |                                                                                               |
| Departamento                  | SANTANDER | Municipio                               | FLORIDABLANCA | Dirección | CENTRO MEDICO CARLOS<br>ARDILA LÜLLE TORRE B<br>PISO 9 MOD 61 CONS 912.<br>Barrio: EL BOSQUE. |
| Grupo del Servicio            |           | Consulta Externa                        |               |           |                                                                                               |

**336 - ONCOLOGÍA CLÍNICA**



Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: **DHSS0554612**

Verifique la información de este documento, ingresando a: [https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo\\_dhss.aspx](https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo_dhss.aspx) y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios:DHSS0554612

En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DE SANTANDER - Dirección:Calle 45 No. 11-52 - Telefono(s):7008888 (607) 7008888 EXT. 1246 - Correo Electronico:certificacionsalud@santander.gov.co

Fecha de apertura del servicio: 17 - 05 - 2010 (DD-MM-AAAA).

Fecha de impresión: martes 28 de octubre de 2025 (3:47 p.m.).

El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en la Parte 5, Título 1, Capítulo 1 del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 3100 de 2019, o las normas que la modifiquen o sustituyan.