

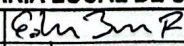
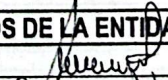
|                                                                                                                                |                                                                                   |                    |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------|
| <br><b>Alcaldía Municipal de Floridablanca</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>SECRETARIA LOCAL DE SALUD</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: <u>  X  </u><br>Centros de estética: _____<br>Centro acondicionamiento físico: _____<br>Otro Objeto social cual: _____ |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 pública y financiamiento del SGSSS".<br>Artículo 12 Servicio habilitado no prestado. |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| DATOS DEL PRESTADOR          |                            |                              |                                                       |
|------------------------------|----------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Nombre:</b>               | MEDLIFE IPS SAS            | <b>Dirección:</b>            | FOSUNAB ITERRICA<br>Piso 4 consultorio<br>405-464-406 |
| <b>NIT:</b>                  | 804010795                  | <b>Código habilitación:</b>  | 6827670292                                            |
| <b>Representante legal:</b>  | NATALY RUEDA ZAMBRANO      | <b>Cedula de ciudadanía:</b> | 1098660833                                            |
| <b>Correo electrónico:</b>   | operativomedlife@gmail.com | <b>Teléfono:</b>             | 311 412 3583-300 75<br>93926                          |
| <b>Recibe la auditoría:</b>  | FABIAN PEREZ               | <b>Cargo/perfil:</b>         | Coordinador operativo                                 |
| <b>Fecha de inicio</b>       | 27-10-2025                 | <b>Hora de inicio</b>        | 11:15 am                                              |
| <b>Fecha de finalización</b> | 27-10-2025                 | <b>Hora de finalización</b>  | 12:30                                                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios prestados habilitados</b><br>N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Servicios prestados no habilitados</b><br>330- 384- 733- 734- 712- 714- 333- 344.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Evidencia fotográfica</b><br>PRESTADOR AUTORIZA EVIDENCIA FOTOGRAFICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Observaciones / comentarios</b><br>DURANTE LA VISITA REALIZADA, SE PUDO EVIDENCIAR QUE LA IPS MEDLIFE IPS SAS NO SE ENCUENTRA HABILITADA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, SEGUN LA VERIFICACION EFECTUADA EN LA PLATAFORMA REPS, EN LA CUAL NO FIGURA COMO ENTIDAD REGISTRADA. SE REQUIERE SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA SEC. DE SALUD DEPARTAMENTAL, POR LA COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS NO HABILITADOS. SE PIDE AL PRESTADOR ABSTENERSE DE PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD HASTA QUE SE ENCUENTRE HABILITADOS. |

| 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. |                                                                                     |                                            |                                                                                       |
| <b>SECRETARIA LOCAL DE SALUD</b>                                                                                                             |                                                                                     | <b>FUNCIONARIOS DE LA ENTIDAD VISITADA</b> |                                                                                       |
| <b>FIRMA:</b>                                                                                                                                |  | <b>FIRMA:</b>                              |  |
| <b>Nombre completo:</b>                                                                                                                      | Edward Bohorquez                                                                    | <b>Nombre completo:</b>                    | Fabian Velasco                                                                        |
| <b>Cargo / perfil:</b>                                                                                                                       | CONTRATISTA SST.                                                                    | <b>Cargo / perfil:</b>                     | coordinador de operaciones                                                            |
| <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"/> - <input type="text"/><br>Cédula extranjería:CE <input type="text"/><br>Naturaleza Jurídica <input type="text"/> <a href="#">Prestadores acreditados en salud</a>                   |       |           |           |                      |           |
| DATOS GENERALES DEL PRESTADOR                                                                                                                                                                                                           |       |           |           |                      |           |
| Departamento <input type="text"/> Municipio <input type="text"/>                                                                                                                                                                        |       |           |           |                      |           |
| Código de Prestador <input type="text"/> - <input type="text"/>                                                                                                                                                                         |       |           |           |                      |           |
| Nombre del Prestador <input type="text"/>                                                                                                                                                                                               |       |           |           |                      |           |
| Clase de Prestador <input type="text"/> Empresa Social del Estado <input type="text"/>                                                                                                                                                  |       |           |           |                      |           |
| Dirección <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                          |       |           |           |                      |           |
| Teléfono(s) <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                        |       |           |           |                      |           |
| Fax <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                |       |           |           |                      |           |
| Correo Electrónico <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                 |       |           |           |                      |           |
| Razón Social <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                       |       |           |           |                      |           |
| Representante Legal <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                |       |           |           |                      |           |
| Nivel Atención Prestador <input type="text"/> Carácter Territorial <input type="text"/>                                                                                                                                                 |       |           |           |                      |           |
| Fecha de Inscripción <input type="text"/> Fecha de Vencimiento <input type="text"/>                                                                                                                                                     |       |           |           |                      |           |
| 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: <b>lunes 27 de octubre de 2025 (11:51 a.m.)</b> |       |           |           |                      |           |

[Excel](#) [Word](#) [Texto](#)

(0) registros encontrados.

| Departamento | Municipio | Código | Nombre del Prestador | Direccion | Teléfono |
|--------------|-----------|--------|----------------------|-----------|----------|
| 1            |           |        |                      |           |          |



Edward Bohorquez &lt;edwardbohorquez1505@gmail.com&gt;

## Gracias por completar el formulario VISITAS DE BUSQUEDA ACTIVA MUNICIPAL

Recibos de respuestas de Formularios &lt;forms-receipts-noreply@google.com&gt;

27 de octubre de 2025, 4:14 p.m.

Para: edwardbohorquez1505@gmail.com

### Gracias por completar el formulario **VISITAS DE BUSQUEDA ACTIVA MUNICIPAL**



Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

## VISITAS DE BUSQUEDA ACTIVA MUNICIPAL

### DECRETO

**780 DEL 2016, ARTÍCULO 2.5.1.3.2.10 PARÁGRAFO** establece que las direcciones Municipales de Salud deben realizar de manera permanente una búsqueda activa de los Prestadores de Servicios de Salud que operan en sus respectivas jurisdicciones, con el propósito de informar a las Entidades Departamentales y ellas verificarán que la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud corresponda a la realidad de su inscripción, garantizando así el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación.

**ARTÍCULO 25 RESOLUCIÓN 3100 de 2019** establece que las entidades de salud deben ejercer acciones de inspección, vigilancia y control, que incluyen visitas de búsqueda activa para identificar prestadores no habilitados o que han cesado actividades.

### **YELITZA LILIBETH HERNÁNDEZ GONZÁLEZ**

Coordinadora Grupo de Acreditación y SOGCS

Contacto: 7008888 Ext: 1301

Correo electrónico \*

[edwardbohorquez1505@gmail.com](mailto:edwardbohorquez1505@gmail.com)

## REPS EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

(Revisar Base de Datos de Prestadores Activos en la plataforma Reps por municipio en el siguiente enlace:)

[REPORTE PRESTADORES REPS](#)

Municipio: \*

FLORIDABLANCA

Responsable del Reporte de la Información: \*

EDWARD FABIAN BOHORQUEZ ROJAS

Cargo del Responsable:

CONTRATISTA SSF

Número de Contacto del Responsable:

3173428305

Su Municipio Registra Prestadores de Servicios de Salud con Visita de  
Búsqueda Activa \*

SI



**REGISTRO DE VISITA DE BUSQUEDA ACTIVA**

**Registro de visitas de busqueda activa realizadas por las Secretarías de Salud Municipal de acuerdo a su competencia**

**Fecha de la visita al Establecimiento \***

DD MM AAAA

27 / 10 / 2025**Nombre o Razón social del Establecimiento:**MEDLIFE IPS SAS**Representante Legal:**NATALY RUEDA ZAMBRANO**Nit o Cédula:**1098660833**Prestador de Servicios de Salud: \***☐

Habilitado

☒

No Habilitado

**Dirección del Establecimiento: \***FOSUNAB TORRE A, PISO 4, CONSULTORIO 404, 405 Y 406

**Nombre de quien atendió la visita:**

FABIAN PEREZ

**Código y Servicio de salud prestado NO\_Habilitado(ver en el siguiente enlace)**  
**Servicios de salud REPS**

\*

330-384-733-734-712-714-333 Y 344

**Observaciones encontradas de la visita de Búsqueda Activa:**

DURANTE LA VISITA REALIZADA SE PUDO EVIDENCIAR QUE LA IPS MEDLIFE IPS SAS NO SE ENCUENTRA HABILITADA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD, SEGUN LA VERIFICACION EFECTUADA EN LA PLATAFORMA REPS, EN LA CUAL NO FIGURA COMO ENTIDAD REGISTRADA. SE REQUIERE SEGUIMIENTO POR PARTE DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL POR LA COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS NO HABILITADOS. SE INDICA AL PRESTADOR ABSTENERSE DE PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD HASTA QUE SE ENCUENTREN HABILITADOS.

**Actas, Registros Fotográficos y Anexos Generados en la Visita**

\*



Archivos enviados



ACTA DE VISITA MEDLIFE - Edward Bohorquez.pdf

Calle 37 N° 10-30 Palacio Amarillo | Bucaramanga / Colombia | PBX (57+7) 6910880 | Código Postal 680006

*Secretaría de Salud Departamental* | Correo: salud@santander.gov.co | Dirección: Calle 45 No 11-52 / Teléfono: (607) 7008888

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe