---

# CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

**SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA .**

**PROCESO GESTION PRESTACION Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS.**

**PROFESIONAL UNIVERSITARIO(A).**

# HACE CONSTAR

**Que el prestador de servicios de salud IMPACTO IPS SAS, en su sede de prestador IMPACTO IPS del municipio de POPAYÁN - departamento de CAUCA, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA y se considera inscrito como clase de prestador Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y autorizado para prestar los siguientes servicios habilitados:**

**IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Código y Nombre del Prestador:** | **1900108908 - IMPACTO IPS SAS** | | | | |
| **NI:Nit / CC:Cédula** | **NI:900982787-5** | **Nombre o razón social:** | **IMPACTO IPS SAS** | | |
| **Fecha de inscripción:** | **2016/08/17** | **Fecha de vencimiento:** | **2026/08/31** | **Clase de prestador:** | **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS** |
| **Clase de persona:** | **JURIDICO** | **Naturaleza Jurídica:** | **PRIVADA** | **Nivel de Atención del Prestador:** | |
| **Empresa Social del Estado:** | | | | **Carácter Territorial de la Entidad:** | |
| **Representante Legal:** | **FRANCISCO JAVIER APRAEZ IPPOLITO** | | | **Dirección administrativa:** | **CARRERA 10# 17N-48** |
| **Telefono:** | **3007467778** | **Fax:** | **N/A** | **Email:** | **impactoips@hotmail.com** |
| **Municipio:** | **POPAYÁN** | | | **Departamento:** | **CAUCA** |

**ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.**

| NOMBRE ACTO. | NÚMERO ACTO | FECHA ACTO | ENTIDAD QUE EXPIDE | CIUDAD QUE EXPIDE |
|---|---|---|---|---|
| MATRÍCULA MERCANTIL | 159954 | 20160622 | CAMARA DE COMERCIO DEL CAUCA | POPAYAN |

**FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.(AAAAMMDD)**

**SEDE PRINCIPAL.**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Código y Nombre Sede Principal:** | **190010890801 - IMPACTO IPS** | | | | |
| **Dirección:** | **CARRRERA 10 # 17 N 48** | | | **Barrio:** | **ANTONIO NARIÑO** |
| **Centro Poblado:** | | | | **Tipo de Zona:** | **URBANA** |
| **Telefono:** | **3007467778** | **Fax:** | **N/A** | **Email:** | **impactoips@hotmail.com** |
| **Gerente:** | **FRANCISCO JAVIER APRAEZ** | | | **Fecha de Apertura:** | **2016/08/17** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | IPPOLITO | | |
| Municipio: | POPAYÁN | Departamento: | CAUCA |

**SEDE CON SERVICIOS HABILITADOS.**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código y Nombre Sede: | 190010890801 - IMPACTO IPS | | | | | | |
| Dirección: | CARRRERA 10 # 17 N 48 | | | | | Barrio: | ANTONIO NARIÑO |
| Centro Poblado: | | | | | | Tipo de Zona: | URBANA |
| Telefono: | 3007467778 | Fax: | N/A | Email: | impactoips@hotmail.com | | |
| Gerente: | FRANCISCO JAVIER APRAEZ IPPOLITO | | | Fecha de Apertura: | | 2016/08/17 | |
| Municipio: | POPAYÁN | | | Departamento: | | CAUCA | |

**ACREDITACIÓN EN SALUD PARA LA SEDE DEL PRESTADOR.**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código y Nombre Sede: | 190010890801 - IMPACTO IPS | | | | | | |
| Dirección: | CARRRERA 10 # 17 N 48 | | | | | Barrio: | ANTONIO NARIÑO |
| Centro Poblado: | | | | | | Tipo de Zona: | URBANA |
| Telefono: | 3007467778 | Fax: | N/A | Email: | impactoips@hotmail.com | | |
| Gerente: | FRANCISCO JAVIER APRAEZ IPPOLITO | | | Fecha de Apertura: | | 2016/08/17 | |
| Municipio: | POPAYÁN | | | Departamento: | | CAUCA | |

*** * * NO SE ENCONTRARON REGISTROS DE ACREDITACIÓN EN SALUD PARA ESTA SEDE DEL PRESTADOR. * * ***

**SERVICIOS DE SALUD HABILITADOS.**

**CONVENCIONES:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| M-INT:Modalidad Intramural | M-EXT:Modalidad extramural/Transporte asistencial y APH | M-UM :Modalidad extramural/unidad móvil | M-DOM:Modalidad extramural/domiciliaria | M-JS :Modalidad extramural/jornadas de salud | M-TEL:Modalidad Telemedicina |
| M-PR :Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina | M-PRTI:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Interactiva | M-PRTNI:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina No Interactiva | M-PRTE:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telexperticia | M-PRTM:Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Telemonitoreo | M-PRE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina |
| M-PRETE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telexperticia | M-PRETE:Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telemonitoreo | COMPL :Complejidad. *SC:SIN COMPLEJIDAD | | | |

| GRUPO SER | COD SER | NOMBRE SERVICIO | M-INT | M-EXT | M-UM | M-DOM | M-JS | M-TEL | M-PR | M-PRTI | M-PRTNI | M-PRTE | M-PRTM | M-PRE | M-PRETE | M-PRETM | COMPL | FECHA APERTURA-(AAAAMMDD) | DISTINTIVO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONSULTA EXTERNA | 327 | MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | SI | NO | NO | NO | NO | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20190206 | DHSS0112683 |
| CONSULTA EXTERNA | 328 | MEDICINA GENERAL | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | B | 20240618 | DHSS0112684 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONSULTA EXTERNA | 339 | ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA | SI | NO | NO | NO | NO | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20160817 | DHSS0112685 |
| CONSULTA EXTERNA | 344 | PSICOLOGÍA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | B | 20220725 | DHSS0433789 |
| CONSULTA EXTERNA | 387 | NEUROCIRUGÍA | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20191115 | DHSS0112690 |
| CONSULTA EXTERNA | 407 | MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL | SI | NO | NO | NO | NO | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | M | 20190206 | DHSS0112691 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 728 | TERAPIA OCUPACIONAL | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SC | 20190206 | DHSS0112692 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 739 | FISIOTERAPIA | SI | NO | NO | NO | NO | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SC | 20160817 | DHSS0112693 |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 740 | FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SC | 20240618 | DHSS0633485 |

**SERVICIOS DE SALUD, RESOLUCIÓN 1410 DE 2022.**

**CONVENCIONES:**

**ONC:Atención paciente oncológico** **M-AMB:Modalidad Ambultoria** **M-HOP:Modalidad Hospitalaria** **M-UMO:Modalidad Unidad Móvil**

**M-DOM:Modalidad Domiciliaria** **M-OEX:Modalidad Otras Extramural** **M-CRE:Modalidad Centro de Referencia** **M-IRE:Modalidad Institución Remisora**

**C-BAJ:Complejidad Baja** **C-MED:Complejidad Media** **C-ALT:Complejidad Alta**

**No se encontraron servicios de salud de acuerdo a lo normado en la Resoluciòn 1410 de 2022.**

**SERVICIOS DE SALUD CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO.**

| GRUPO DEL SERVICIO | COD SER | NOMBRE SERVICIO | AMB | HOSP | MOVI | DOMI | OTRA | CR | IR | BAJA | MEDI | ALTA | FECHA APERTURA (AAAAMMDD) | FECHA NOVEDAD CIERRE TEMPORAL (AAAAMMDD) | DISTINTIVO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONSULTA EXTERNA | 363 | CIRUGÍA DE MANO | SI | NO | NO | NO | NO | SI | NO | NO | SI | NO | 20200520 | 20241217 | |

**HORARIOS DE LOS SERVICIOS (FORMATO HORA MILITAR) DE LA SEDE DEL PRESTADOR.**

| GRUPO DEL SERVICIO | COD SER | NOMBRE SERVICIO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONSULTA EXTERNA | 327 | MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN | 08:00A12:00 | | | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 328 | MEDICINA GENERAL | 16:00A18:00 | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONSULTA EXTERNA | 339 | ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA | 14:00A16:00 | | | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 344 | PSICOLOGÍA | | 08:00A12:00 | | | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 387 | NEUROCIRUGÍA | | | | 09:00A12:00 | | | |
| CONSULTA EXTERNA | 407 | MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL | | 08:00A12:00 | 08:00A12:00 | | 08:00A12:00 | | |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 728 | TERAPIA OCUPACIONAL | 13:00A18:00 | 13:00A18:00 | 13:00A18:00 | 13:00A18:00 | 13:00A18:00 | | |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 739 | FISIOTERAPIA | 07:00A12:00-14:00A19:00 | 07:00A12:00-14:00A19:00 | 07:00A12:00-14:00A19:00 | 07:00A12:00-14:00A19:00 | 07:00A12:00-14:00A19:00 | 07:00A12:00 | |
| APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA | 740 | FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE | 08:00A12:00 | 08:00A12:00 | 08:00A12:00 | 08:00A12:00 | 08:00A12:00 | | |

**ESPECIFICIDADES DE LOS SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR.**

**No se encontraron servicios con especificidades.**

**APOYO PRESTADORES REFERENCIA PARA TELEMEDICINA DE LA SEDE DEL PRESTADOR.**

**No se encontraron registros de apoyo de prestadores referencia para telemedicina de la sede del prestador.**

**CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.**

| GRUPO CAPACIDAD | CONCEPTO | CANTIDAD |
|---|---|---|
| CONSULTORIOS | CONSULTA EXTERNA | 3 |
| SALAS | PROCEDIMIENTOS | 1 |

**CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD - RESOLUCIÓN 1410 DE 2022.**

**No se encontraron registros de Capacidad Instalada Camas, Camillas, Consultorios, Salas y Sillas. Resolución 1410 de 2022.**

**DETALLE AMBULANCIAS.**

**No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.**

**DETALLE UNIDADES MÓVILES.**

**No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias.**

**La presente CONSTANCIA se expide previa revisión por parte de SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA , de los formularios de inscripción, novedades y medidas de seguridad diligenciados por el prestador IMPACTO IPS SAS, quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016, Resolucion 3100 de 2019 y la(s) norma(s) que la modifique o sustituya, según corresponda.**

***** NOTA: *** Señor ENTIDAD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL DE SALUD y PRESTADOR DE SERVCIOS DE SALUD, se ha generado la informaciòn para la CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD-REPS para la sede del prestador y se han encontrado las siguientes OBSERVACIONES:**

| NÚMERO DE OBSERVACIONES ENCONTRADAS: *** 1 ***. | |
|---|---|
| **OBSERVACIONES** | **ORIENTACIONES** |
| LA INFORMACIÓN QUE SE REGISTRA EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD -REPS. FALTA INFORMACIÓN EN LA VARIABLE: CENTRO POBLADO SEDE DEL PRESTADOR PRESENTA INFORMACIÓN INCOMPLETA. | VALIDAR LA ETS CON EL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD, LA INFORMACIÓN DE CENTRO POBLADO DE SU PROCESO DE INSCRIPCIÓN DE LA SEDE. |

**Dada el día viernes 26 de septiembre de 2025 (9:00 p.m.).**

**LUZ FRANCINY LOPEZ NARVÁEZ.**

**PROFESIONAL UNIVERSITARIO(A).**

**Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.**

**Elaborado por el usuario del ente territorial: 19000REPS**

**Impreso por el usuario del ente territorial: 19000REPS**

**Versión 3.0.** **Fecha de impresión: viernes 26 de septiembre de 2025 (9:00 p.m.).**