**INSTRUCTIVOS PARA EL DILIGENCIMIENTO EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD -REPS PARA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD – IPS:** 



Hacer las cosas

Buenas

Trae cosas

### FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE PRESTADORES EN EL REGISTRO **ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICOS DE SALUD-REPS**







# INSTRUCTIVOS PARA EL DILIGENCIMIENTO EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD – REPS PARA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD –IPS:



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE PRESTADORES EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICOS DE SALUD-REPS





La salud es de todos

# INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Pasos para crear usuario y contraseña para ingreso al aplicativo REPS

Para realizar la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud-REPS Se debe ingresar por el siguiente enlace:

https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/ingreso.aspx?ets\_codigo=11

1. Ingresar por el botón de Registrarse:

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS.

	INGRESO DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN O REACTIVACIÓN DE PRESTADORES EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.							
Usted se encuentra en la E	intidad Territorial de Salud:	DISTRITO:BOGOTÁ D.C. DIRECCIÓN DISTRITA	TAL DE SALUD:SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ					
			Usuario					

	Si usted es un usuario nuevo y aún no posee contraseña ingrese por la opción Registrarse.	Usuario Contraseña Ingresar						
	Señor(a)(es), futuro Prestador de Servicios de Salud, tenga en cuenta:	Olvidé la contraseña						
	1. Si el formulario de inscripción diligenciado, contiene errores de digitación por parte del futuro prestador y aún no lo ha radicado en el Ente Territorial de Salud. Oprima clic en el botón "Eliminar" para realizar de nuevo su registro de ingreso diligenciamiento formulario de inscripción o reactivación de prestadores. Para que se realice la acción Eliminar, de manera segura, debe diligenciar los campos: usuario, contraseña y (NIT ó CC ó CE) de manera correcta. Digite el NIT ó CC ó CE: Eliminar							
	Desea visualizar mayor información del REPS y del proceso de inscripción o reactivación de prestadores? Oprima aquí >>>							
* Hasta tanto se acerque a la Dirección Departamental o Distrital de Salud de su jurisdicción, y radique el formulario de inscripción o reactivación de prestadores y anexe los documentos como se menciona en las Resolución 3100 de 2019, NO se considerará habilitado y NO podrá ofertar ni prestar servicios de salud, lo anterior, dentro de lo normado en dicha resolución.								



## INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

## Pasos para crear usuario y contraseña para ingreso al aplicativo REPS

#### REGISTRO DE USUARIO NUEVO PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

#### Antes de registrarse, por favor tenga en cuenta que:

Debe registrarse únicamente con el fin de realizar el diligenciamiento del Formulario de Inscripción y/o Reactivación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, hasta tanto se acerque a la Dirección Departamental o Distrital de Salud de su jurisdicción, y radique el formulario y los documentos anexos. NO se considerará habilitado y NO podrán ofertar ni prestar los servicios declarados, según lo definido en la Resolución 3100 de 2019.

PARA REGISTRARSE, DIGITE LA SIGUI	ENTE INFORMACIÓN
Digite el nombre del usuario a crear	Maria Moñitos
Contraseña	Comprobar disponibilidad Maria123* Nueve caracteres como mínimo y máximo veinte.
Confirmar Contraseña	Maria 123*
Dirección Departamental o Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá 🔹 🗸
Tipo de Identificación	Cedula de Ciudadanía 🗸
Número de Identificación	12345678 -
Nombres y Apellidos del <b>Profesional</b> Independiente ó Razón Social para otras clases de PRESTADORES	Maria Moñitos
Correo electrónico	mariamoñitos@gmail.com
Confirmar Correo electrónico	mariamoñitos@gmail.com
	HJA7LKP5€



Diligenciar la información solicitada en cada campo, para crear el usuario y contraseña, al finalizar oprimir el botón acepto. Aparecerá el aviso "Usuario creado exitosamente, puede volver a la pantalla inicial de ingreso y con su usuario y contraseña, diligenciar el formulario de inscripción".





# INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Ingreso con Usuario y Contraseña para diligenciamiento del Formulario de Inscripción

2. Registrar el usuario y contraseña creado en los campos correspondientes ubicados en el lado derecho de la pantalla y oprimir el botón ingresar:

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL **Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.** 

_	
	INGRESO DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN O REACTIVACIÓN DE PRESTADORES EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.
	Usted se encuentra en la Entidad Territorial de Salud: DISTRITO:BOGOTÁ D.C. DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD:SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ
	Si usted es un usuario nuevo y aún no posee contraseña ingrese por la opción Registrarse. Usuario Maria Moñitos Contraseña Ingresar
	Registrarse       Olvidé la contraseña         Señor(a)(es), futuro Prestador de Servicios de Salud, tenga en cuenta:       Olvidé la contraseña

	1. Si el formulario de inscripción diligenciado, contiene errores de digitación por parte del futuro prestador y aún no lo ha radicado en el Ente Territorial de Salud. Oprima clic en el botón "Eliminar" para realizar de nuevo su registro de ingreso diligenciamiento formulario de inscripción o reactivación de prestadores. Para que se realice la acción Eliminar, de manera segura, debe diligenciar los campos: usuario, contraseña y (NIT ó CC ó CE) de manera correcta. Digite el NIT ó CC ó CE: Eliminar	
	Desea visualizar mayor información del REPS y del proceso de inscripción o reactivación de prestadores? Oprima aquí >>>	ļ
* la	Hasta tanto se acerque a la Dirección Departamental o Distrital de Salud de su jurisdicción, y radique el formulario de inscripción o reactivación de prestadores y anexe los documentos como se menciona en las Resolución 3100 de 2019 y la(s) norma(s) que modifique o sustituya, NO se considerará habilitado y NO podrá ofertar ni prestar servicios de salud, lo anterior, dentro de lo normado en dicha resolución.	в





## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Al ingresar encontrará el siguiente menú en el extremo superior izquierdo de su pantalla:

- ✓ Identificación Prestador,
- ✓ Sede de Prestación de servicios
- ✓ Servicios y capacidad instalada
- ✓ Declaración de la Autoevaluación de servicios para la inscripción

Ingresar, Diligenciar y grabar la información solicitada en cada ítem.

# Identificación Prestador:

es (			
. Inscripción	😽 Grabar 🎮 Nu	evo 🔘 Ayuda	
Identificación Prestador Sede de Prestación de Servicios	IDENTIFICACIÓN	PRESTADOR	
Servicios y capacidades instaladas Declaración Autoevaluación de	IDENTIFICACIÓN DEL PR	RESTADOR	
servicios para la inscripcion Imprimir Formulario Inscripción	Tipo documento identificación	Nit 🗸	
Imprimir Formulario Declaración de la Autoevaluación de Servicios	Número documento identificación	830654789	
para la Inscripción Salir	Nombres y apellidos del Profesional		
	Independiente ó	IPS SALUD PERFECTA	
	Razón social del Prestador		
	Clase de prestador	Instituciones - IPS V	
	Tipo de persona	JURIDICO	
	Naturaleza Jurídica	Privada 🗸	
	Naturaleza Jurídica Privada	Con ánimo de lucro 🗸	
	Sitio Web	https://ipssaludperfecta.com	
	CONSTITUCIÓN		
		Matrix de Manageri I S.C.	
	Número Acto		
	Constitución		
	Entidad que expide	camara de comercio	
	Ciudad de expedición	BOGOTÁ	
	REPRESENTANTE LEGAL Tipo de Identificación	Cédula Ciudadanía	
	Número de		
	Identificación Primer Apellido	AAAAAAA	
	Segundo Apellido	BBBBBBB	
	Primer Nombre		
	UBICACION ADMINIST Departamento	Bogotá D.C V	
	Municipio	BOGOTÁ	
	Dirección Teléfono principal	AC 12 # XX - XX P4 C5 402	
	Teléfono adicional	3051112222	
	Correo electrónico principal	salud@ipsperfecta.com	
	Confirmar Correo electrónico principal	salud@ipsperfecta.com	
	Correo electrónico adicional	salud@ipsperfecta.com	
	Confirmar Correo	salud@ipsperfecta.com	
	electronico adicional		
	The Carlos I W. C.	*** INFORMACIÓN GRABADA ***	
		UCVU AVIIIA	



### Sede de Prestación de Servicios:



😼 Grabar

#### S. Inscripción

- Identificación Prestador
- Sede de Prestación de Servicios
- Servicios y capacidades instaladas
   Declaración Autoevaluación de
- servicios para la inscripción
- Imprimir Formulario Inscripción Imprimir Formulario Declaración
- de la Autoevaluación de Servicios para la Inscripción
- ► Salin

### SEDE DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Ma Buscar

ET ST

🙆 Ayuda

M. Nuevo

Nit V
Nit V
920654799 - 1
1
IPS SALUD PERFECTA
Instituciones - IPS 🛛 💙
IPS SALUD PERFECTA
SI 🗸
Bogotá D.C 💙
BOGOTÁ 🗸
BOGOTÁ, D.C. 🗸
URBANA 💙
AC 12 # XX - XXP4 CS 402
castellana
3649090
3051112222
AAAA BBBB CCCC DDDDD
salud@ipsperfecta.com
salud@ipsperfecta.com
salud@ipsperfecta.com
salud@ipsperfecta.com

😭 Inicio

IPS SALUD PERFECTA



Formulario de Inscripción ó Reactivación en el Registro Especial de Prestado

#### SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ

#### . Inscripción

#### Identificación Prestador

- Sede de Prestación de Servicios
- Servicios y capacidades instaladas
- Declaración Autoevaluación de
- servicios para la inscripción
- Imprimir Formulario Inscripción Imprimir Formulario Declaración
   de la Autoevaluación de Servicios para la Inscripción
   Salir

### 😼 Grabar 🌇 Nuevo 🍢 Buscar 🖳 Eliminar 🕑 Ayuda

### SEDE DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

#### \*\*\* INFORMACIÓN GRABADA \*\*\*

Departamento	Municipio	Nit/CC	Nombre Prestador	Sede	Nombre Sede	Zona	Dirección	Teléfono
Bogotá D.C	BOGOTÁ	830654789	IPS SALUD PERFECTA	01	IPS SALUD PERFECTA	URBANA	AC 12 # XX - XXP4 CS 402	3649090
	*** INFO	RMACIÓN GR	ABADA ***					
😽 Grabar 🌆	Nuevo 🌇	Buscar 🖳 El	liminar 🙆 Ayuda					



### Servicios y Capacidad instalada:

Recuerde que en el primer servicio que diligencie, debe registrar el número total de consultorios, salas de procedimientos, salas de cirugía y demás capacidad instalada según aplique.

	. G arabat  . [] traces  . @	1 area . 8	U					
%Inscripción	SERVICIOS Y CAPACIDAD	ES INSTALADAS						
<u>Identificación Prestador</u> Sede de Prestación de Servicio	DATOS GENERALES DEL PRESTADO	OR						
Servicios y capacidades instala	adas Tipo documento identificación	Nit 💙						
Declaración Autoevaluación de	Número documento identificación	830654789 - 1	-					
ervicios para la inscripcion mocimic Formulacio Inscripció	Nombres y apellidos del Profesiona	al						
mprimir Formulario Declaració	on A	IPS SALUD PERFECTA						
e la Autoevaluación de Servic	cios Razón social del Prestador							
ira la Inscripcion Ilir	Clase de prestador	Instituciones - IPS 🛛 🗙						
	Departamento	Bogotá D.C 💙						
	DATOS DE LA SEDE							
	Número y nombre de la sede	01-IPS SALUD PERFECTA					~	
	Municipio	BOGOTÁ 🗸						
	SERVICIOS DE SALUD							
	Grupo del Servicio	Consulta Externa			v			
	Servicio	328-MEDICINA GENERAL					~	
	HORARIOS DEL SERVICIO							
		Hora inicio:HH	<b>v</b> MM <b>v</b>	Hora final:HH	V MM V	Adicionar +	Copiar	Eliminar -
		Día		L		Horarios		
		Lunes 07:00	0A18:00					
	Horarios	Martes 07:00	A18:00					
	1010103	Miercóles 07:00	A18:00					
		Jueves 07:00	A18:00					
		Sábado 07:00	A18:00					
		Domingo	1410100					
	Intramural				Z Tatanan ural			
	Incanoral				Intramural			
	Extramural	🗌 Unidad Móvil	2	Domiciliario		🗌 Jornada de Salud		xtramural
		Prestado	r de Referencia			🗌 Pr	estador Remisor	
						🗆 Telexperticia		
	Telemedicina	<ul> <li>Telemedicina interactiva</li> <li>Telemedicina no interactiva</li> <li>Telexperticia</li> </ul>			🗌 Telen	nonitoreo		
	Telemedicina	<ul> <li>Telemedicina interactiva</li> <li>Telemedicina no interactiva</li> <li>Telexperticia</li> <li>Telemonitoreo</li> </ul>			Telex Telen	perticia nonitoreo		
	COMPLEJIDAD DEL SERVICIO							
	Completidad	BAIA	×					
	ESPECIFICIDAD DEL SERVICIO							
	Especificidades	E	specificidad del	servicio			Estado actual	
		Servicio no cuenta con especificidad	es.					
	CAPACIDAD INSTALADA ASOCIADA	A AL SERVICIO. VISUALIZARÁ LA CAPAC	CIDAD INSTALA	da total de la	SEDE DEL PRES	STADOR.		
	Capacidades instaladas totales de l sede del prestador	la Número de SALAS-Procedimientos: Número de CONSULTORIOS-Consult Externa: Esta registrando para esta sede sede del prestador la capacidad	a <u>3</u> del prestador instalada tota	la capacidad in l de CONSULTO	istalada total o RIOS de Cons	de SALAS de Procedir ulta Externa.	mientos.Esta regist	rando para esta
	Grabar 🖷 Nuevo 🍯	Buscar 🖳 Eliminar 🕡 Ayud	a				SECRETARÍA DE	
						ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SALUD	BOGO



Formulario de Inscripción ó Reactivación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ

dentificación Prestador Sede de Prestación de Servicios Seguides instalados	SERVICIOS	S Y CAF	PACIDADE	S INSTALAI	AS	MACIÓN GRABAD	***		
ración Autoevaluación de cios para la inscripción	Departamento	Municipio	D NIT	Nombre Presta	idor Sei	e Nombre	Grupo Servicio	Código Servicio	Descripción Servicio
primir Formulario Inscripción	Bogotá D.C	BOGOTÁ	830654789	IPS SALUD PERF	ECTA 0	IPS SALUD PERFECTA	Consulta Externa	302	CARDIOLOGÍA
rimir Formulario Declaración	Bogotá D.C	BOGOTÁ	830654789	IPS SALUD PERF	ECTA 0	IPS SALUD PERFECTA	Consulta Externa	312	ENFERMERÍA
Autoevaluación de Servicios	Bogotá D.C	BOGOTÁ	830654789	IPS SALUD PERF	ECTA 0	IPS SALUD PERFECTA	Consulta Externa	328	MEDICINA GENERAL
a la Inscripción r	Bogotá D.C	BOGOTÁ	830654789	IPS SALUD PERF	ECTA 0	IPS SALUD PERFECTA	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
			*** INFOR	RMACIÓN GR	ABAD	***			
	🌇 Grabar	N	uevo 🍢	Buscar 🕎	liminar	🙆 Ayuda			

### Imprimir Formulario de Inscripción:

Imprima el Formulario de inscripción (original y copia), este deberá presentarlo firmado de puño y letra por el representante legal.



S. Inscripción	Grabar Nuevo	o Katala Buscar Katala 🙆 Ayuda						
<ul> <li>Identificación Prestador</li> <li>Sede de Prestación de Servicios</li> <li>Seguicies y conscidados instalados</li> </ul>	IMPRIMIR FORMULA	RIO INSCRIPCIÓN						
Declaración Autoevaluación de	DATOS GENERALES DEL PRESTADOR							
servicios para la inscripción	Documento	Nit 🗸						
Imprimir Formulario Inscripción Insprimir Formulario Declaración	Número documento	830654789 - 1						
Imprimir Formulario Declaración de la Autoevaluación de Servicios	Nombre Prestador	IPS SALUD PERFECTA						
para la Inscripción	Clase de Prestador	Instituciones - IP5 💉						
▶ Salir	Bapartamente	Regatá D.C.						



🖳 Grabar	M. Nuevo	Buscar	E Elminar	🙆 Ayuda
	here and her			





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

Fecha de impresión: martes 05 de marzo de 2024 (2:44 p.m.).

Formulario de inscripción o reactivación.

#### PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Para uso exclusivo de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital o la Entidad que tenga a cargo dichas tencias

- 12		Pereil													
1	1. Código de Prestador Principal					2. Fecha Radicación de	l Prestador a	la ETS	3. No. Radicación	4. Cód	4. Código de Sede				
	ер	Mun	Consecutivo		Sede	Año	Mes	Dia	No. Radicación	Dep	Mun	Cons	Sede		
ę	5. Fecha Vencimiento					<ol> <li>6. Entidad Territorial de dependencia:</li> </ol>	Salud, que re	egistra la inscr	ipción en el REPS:SECRETARÍA	DISTRI	TAL DE S	ALUD DE BOGO	ΤÁ,		
Γ															
	Año Mes Dia														

#### A. IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

	8. Clase de prestador		INSTITU	JCIONES PREST	TADORAS DE SE	RVICIOS DE SALUD - IPS				
9. Nombre y Apellidos del Profesional Independenente o Razón Social del Prestador				IPS SALUD PER	'S SALUD PERFECTA					
	10. Tipo de identificación	11. Núm	1. Número de identificación		12. Dígito de verificación	13. Tipo de persona	14. Naturaleza Jurídica			
NIT 8306547			789		1	JURIDICO	PRIVADA			
	15 Sitio Web	https://in	ssaludperfecta o	om						

Ubicación del Profesional Independiente o de la Sede Administrativa del Prestador de Servicios de Salud											
16. Departamento		17. Municipio		18. Dirección							
BOGOTÁ D.C		BOGOTÁ		AC 12 # XX - XX P4 CS 402							
19. Teléfono principal	20. Teléfono adi	cional 21. Correo electro		rónico principal	21. Correo electrónico adicional						
3649090	3051112222		salud@ipsperfec	ta.com	salud@ipsperfecta.com						

Representante Legal						
22. Primer Apellido		23. Segundo Apellido		24. Primer Nombre		25. Segundo Nombre
АААААА	BBBBBBB		ccccccc		DDDDDDDD	
26. Tipo de identificación	dentificación	28. Forr	na de vinculación	29. Fed	ha de vinculación (AAAAMMDD)	
сс	12345679					

-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 Secretaría de Salud Departamental o Distrital o la Entidad que tenga a cargo dichas competencias. 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		20000000	32. Fecha de Acto (AAAAMMDD)	20220301
33. Entidad que expide	CAMARA DE COMERCIO	0	34. Ciud	lad de expedición	BOGOTÁ	

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN O REACTIVACIÓN - REPS. Prestador en inscripción: IPS SALUD PERFECTA

Identificación del prestador en inscripción: NIT-830854789 Representante legal en inscripción: CC :12345679 -CCCCCCC DDDDDDD AAAAAA BBBBBBB

CONSULTA EXTERNA	302	CARDIOLOGÍA	07:00A18:00	07:00A18:00	07:00A18:00	07:00A18:00	07:00A18:00	07:00A13:00	
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERIA	07:00A18:00	07:00A18:00	07:00A18:00	07:00A18:00	07:00A18:00	07:00A13:00	
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	07:00A18:00	07:00A18:00	07:00A18:00	07:00A18:00	07:00A18:00	07:00A13:00	
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTA CIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	07:00A18:00	07:00A18:00	07:00A18:00	07:00A18:00	07:00A18:00	07:00A13:00	

PRESTADORES REFERENCIA PARA TELEMEDICINA DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA INSCRIPCIÓN.

No se encontraron registros de prestadores de referencia para telemedicina.

ESPECIFICIDADES DE LOS SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA INSCRIPCIÓN.

No se encontraron registros de especificidades de los servicios en la Inscripción

#### D. CAPACIDAD INSTALADA.

Página: 1 de 4

GRUPO	NOMBRE	CANTIDAD
CONSULTORIOS	CONSULTA EXTERNA	3
SALAS	PROCEDIMIENTOS	0

		<b>- A</b>	B 4 D I	11	LO LA	0
DEI	ALL	EA	NBU	JLAI		νэ.

Prestadores Públicos			
35. Carácter Territorial	38. Nivel de atención	37. Empresa Social del Estado - ESE	

Prestadores Privados ó Mixtos

38. Prestador Privado ó Mixto PRIVADO

Prestadores Indígenas

39. Prestador Indígena

#### B. DATOS DE LA SEDE DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

40. Departamento	0. Departamento 41. Municipio			42. Centro Poblado		43. Es Sede Principal?
BOGOTÁ D.C	BOGOTÁ	λ.		BOGOTÁ, D.C.		si
44. Nombre de la Sede		IPS SALUD PERFECTA				
45. Zona		46. Barrio	47.	Dirección		
URBANA		CASTELLANA	AC	12 # XX - XXP4 CS 402		
48. Teléfono principal		49. Teléfono adicional	50.	Correo electrónico principal		50. Correo electrónico adicional
3649090		3051112222	salu	id@ipsperfecta.com		salud@ipsperfecta.com
51. Nombre del Director, Gerente o Responsable				AAAA BBBB CCC	CC DDDDD	

#### C. SERVICIOS OFRECIDOS EN LA SEDE.

GRUPO	сор	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- PRET M	COMP L
CONSULTA EXTERNA	302	CARDIOLOGÍA	sı	NO	NO	sı	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	м
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA	sı	NO	NO	sı	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	в
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	sı	NO	NO	sı	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	в
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENT ACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	sı	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	sc

CONVENCIONES:					
M-INT:Modalidad Intramural	M-EXT:Modalidad Extraamural	M-UM :Modalidad Unidad Móvil	M-DOM:Modalidad Domiciliario	M-JS :Modalidad Jomada 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			

HORARIOS DE L	LOS SERVICI	IOS (FORMATO HOP	RA MILITAR) DE	LA SEDE DEL PI	RESTADOR DON	NDE SE REALIZA	LA INSCRIPCIO	DN.	
GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN O REACTIVACIÓN - REPS. Prestador en inscripción: IPS SALUD PERFECTA Identificación del prestador en inscripción: NIT-830854789 entante legal en inscripción: CC :12345679 - CCCCCCC DDDDDDDD AAAAAA BBBBBBB

Página: 2 de 4

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS - Formulario de Inscripción ó Reactivación de Prestadores de Servicios de Salud.

Elaborado por: IPS SALUD PERFECTA Impreso por: IPS SALUD PERFECTA

Versión 7.0.

Fecha de Impresión: martes 05 de marzo de 2024 (2:44 p.m.).

NOTA: El diligenciamiento en el aplicativo y la presentación de este formulario a la Secretaría de Salud Departamental o Distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, no aplica como habilitación de servicios.

Radique el formulario de inscripción o reactivación con el formulario declaración de autoevaluación de servicios y anexe los documentos como se menciona en la Resolución 3100 de 2019 y la(s) norma(s) que la modifique o sustituya. Si desea mayor información sobre la inscripción o reactivación diríjase a la Secretaría de Salud Departamental o Distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, quien tiene la facultad de brindarle asistencia técnica, según lo definido en el decreto 780 de 2016, artículo 2.5.1.2.3. Numeral 3.

\*\*\*ATENCIÓN\*\*\*: Revise toda la información que se encuentra en este documento: datos del prestador, sede(s), servicio(s) y tenga en cuenta la capacidad instalada con sus cantidades que está registrando en este formulario de inscripción o reactivación.

CCCCCCC DDDDDDDD AAAAAAA BBBBBBB, declaro que la información presentada en este formulario es veraz y que cumplo con los requisitos y condiciones definidos en la reglamentación legal vigente para la habilitación de servicios de salud.

#### Firma del Representante Legal

#### CC :12345679 -CCCCCCC DDDDDDDD AAAAAAA BBBBBBB

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

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN O REACTIVACIÓN - REPS. Prestador en inscripción: IPS SALUD PERFECTA Identificación del prestador en inscripción: NIT-830654789 Representante legal en inscripción: CC : 12345679 -CCCCCCC DDDDDDD AAAAAA BBBBBBB

SALUD

0 000

Alcaldía Mayo De Bogotá D.C.

Página: 4 de 4

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN O REACTIVACIÓN - REPS. Prestador en inscripción: IPS SALUD PERFECTA Identificación del prestador en inscripción: NIT-830654789 Identificación el restador en inscripción: IIT-830864789 Identificación el prestador en inscripción: IIT-830864789 Representante legal en inscripción: CC :12345879 -CCCCCCC DDDDDDDD AAAAAA BBBBBBB

Página: 3 de 4



# INSTRUCTIVOS PARA EL DILIGENCIMIENTO EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD -REPS PARA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD -IPS:



FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICOS DE SALUD-REPS





### FORMULARIO DE <u>DECLARACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN</u>EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE **SERVICOS DE SALUD-REPS**

### **INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICOS DE SALUD-IPS**

A continuación, encontrará el paso a paso para realizar el diligenciamiento de la Declaración de la Autoevaluación de Servicios en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud-REPS

Acceder por el siguiente enlace:

https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/ingreso.aspx?ets\_codigo=11

El usuario y contraseña deberá registrarlos en los campos ubicados al lado derecho de la pantalla y oprimir el botón ingresar.

### DECLARACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Ingresar al ítem Declaración autoevaluación de servicios para la inscripción, teniendo en cuenta que, según el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud Resolución 3100 de 2019 a la Institución Prestadora de Servicios de Salud le aplica el cumplimiento de las siguientes condiciones de habilitación:

- > Capacidad técnico-administrativa: Están referidas al cumplimiento de criterios que se ajustan a la normatividad que regula la materia de acuerdo con la clasificación de las empresas según naturaleza jurídica
- > Suficiencia patrimonial y financiera: Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, en el mediano plazo, su competitividad en el área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo
- > Capacidad tecnológica y científica: Tienen como misión proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unos criterios mínimos para el funcionamiento de los servicios que cualquier tipo de prestador de servicios de salud habilite, a partir de los estándares de habilitación.

### DILIGENCIAMIENTO DE LA DECLARACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN

- 1. En el título "Condiciones de capacidad técnico-administrativa; suficiencia patrimonial y financiera; capacidad tecnológica y científica" chequear las condiciones de: Capacidad Técnico-Administrativa; -Capacidad Suficiencia Patrimonial y Financiera.
- 2. Seleccionar de la lista desplegable la opción SÍ para las preguntas. ¿Cumple con la Capacidad Técnico-Administrativa? y ¿Cumple con la Suficiencia Patrimonial y Financiera?
- 3. En la casilla "Cumple" ubicada en la sección inferior, oprima el botón Cambiar hasta que aparezca SÍ para cada uno de los servicios que habilitará el prestador.
- 4. Oprimir el botón grabar





Ô	La salud es de todos	Mins
---	-------------------------	------

lud

180	-	isan	po	on	<u> </u>
	-				

Identificación Prestador Sede de Prestación de Servicios Servicios y capacidades instaladas Declaración Autoevaluación de servicios para la inscripción Imprimir Formulario Inscripción Imprimir Formulario Declaración de la Autoevaluación de Servicios para la Inscripción ► Salir

Número documento identificación 830654789 - 1 Nombres y apellidos del Profesional Independiente IPS SALUD PERFECTA Azón social del Prestador Clase de prestador Clase de prestador Departamento Bogotá D.C V DATOS DE LA SEDE Número y nombre de la sede Municipio			
Nombres y apellidos del Profesional ndependiente IPS SALUD PERFECTA Razón social del Prestador Clase de prestador Instituciones - IPS V Departamento Bogotá D.C V ATOS DE LA SEDE Número y nombre de la sede 01-IPS SALUD PERFECTA			
IPS SALUD PERFECTA Razón social del Prestador Clase de prestador Departamento DATOS DE LA SEDE Número y nombre de la sede Município BOGOTÁ			
Razón social del Prestador Clase de prestador Departamento DATOS DE LA SEDE Número y nombre de la sede Município ROGOTÁ			
Clase de prestador Instituciones - IPS V Departamento Bogotá D.C V DATOS DE LA SEDE Número y nombre de la sede 01-IPS SALUD PERFECTA			
Departamento Bogotá D.C V DATOS DE LA SEDE Número y nombre de la sede Numicipio BOGOTÁ			
DATOS DE LA SEDE Número y nombre de la sede Unificio BOGOTÁ			
Vúmero y nombre de la sede			
Municipio BOGOTA V			
DECLARACION DE LA AUTOEVALUACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA INSCR	PCION		
DECLARACIÓN DE LA AUTO	VALUACION DE SERVICIOS		
Seleccionar las condiciones:-Capacidad Técnico Administrativa; -Capacidad Si Cumple con la Capacidad Técnico- Administrativa?	ficiencia Patrimonial y Financiera.		
¿Cumple con la Suficiencia Patrimonial y Finaciera?			
		Cumple	
Grupo del Servicio Ser	NCIO	A state of the sta	
Grupo del Servicio Ser Consulta Externa 302 -CARDIOLOGÍA	лао	SI	Cambiar
Grupo del Servicio Ser Consulta Externa 302 - CARDIOLOGÍA Consulta Externa 312 - ENFERMERÍA	лао	SI SI	Cambiar Cambiar
Grupo del Servicio         Ser           Consulta Externa         302 -CARDIOLOGÍA           Consulta Externa         312 -ENFERMERÍA           Consulta Externa         328 -MEDICINA GENERAL	лао	SI SI SI	Cambiar Cambiar Cambiar
Grupo del Servicio         Ser           Consulta Externa         302 -CARDIOLOGÍA           Consulta Externa         312 -ENFERMERÍA           Consulta Externa         328 -MEDICINA GENERAL           Apoyo Diagnóstico y         712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CL	NICO	SI SI SI SI SI	Cambiar Cambiar Cambiar Cambiar
Grupo del Servicio         Ser           Consulta Externa         302 -CARDIOLOGÍA           Consulta Externa         312 -ENFERMERÍA           Consulta Externa         328 -MEDICINA GENERAL           Apoyo Diagnóstico y         712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CL	NICO	SI SI SI SI	Cambiar Cambiar Cambiar Cambiar

5. Ingresar al menú ubicado en la parte superior izquierda de la pantalla Imprimir Formulario Declaración de la Autoevaluación de Servicios para la Inscripción e ingresar picando sobre la barra IMPRIMIR, formulario declaración de la autoevaluación de servicios en la inscripción, el cual se descargará automáticamente.



Formulario de Inscripción ó Reactivación en el Registro Especial d SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE

🙆 Ayuda

Sede de Prestación de Servicios Servicios y capacidades instaladas Declaración Autoevaluación de servicios para la inscripción Imprimir Formulario Inscripción Imprimir Formulario Declaración de la Autoevaluación de Servicios para la Inscripción Salir

#### IMPRIMIR FORMULARIO DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS PARA LA INSCRIPCIÓN

	Nit	~	
Número documento	830654789 - 1		
Nombre Prestador	IPS SALUD PERFECTA		
Clase de Prestador	Instituciones - IPS 🛛 💙		
Departamento	Bogotá D.C	<b>v</b>	
DATOS DE LA SEDE			
Número y nombre de la sede	01-IPS SALUD PERFECTA		~
Municipio	BOGOTÁ	¥	

107

Nuevo 15 E/ 100 🙆 Ayuda

Nuevo

100







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

Fecha de impresión: martes 05 de marzo de 2024 (3:05 p.m.).

Formulario declaración de autoevaluación de servicios en el proceso de inscripción o reactivación.

### PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

#### A. IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

1. Clase de prestador	INSTI	UCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD - IPS					
2. Nombre y Apellidos del Profesiona Independenente o Razón Social del F	mbre y Apellidos del Profesional endenente o Razón Social del Prestador		IPS SALUD PERFECTA				
3. Tipo de identificación 4. I	o de identificación 4. Número de ide		5. Dígito de verificación	6. Tipo de persona	7. Naturaleza Jurídica		
NIT 83	30654789		1	JURIDICO	PRIVADA		
8. Sitio Web	ipssaludperfecta.c	om					

Jbicación del Profesional Independiente o de la Sede Administrativa del Prestador de Servicios de Salud								
16. Departamento		17. Municipio		18. Dirección				
BOGOTÁ D.C		BOGOTÁ		AC 12 # XX - XX P4 CS 402				
19. Teléfono principal	20. Teléfono adio	ional	21. Correo electr	ónico principal	21. Correo electrónico adicional			
3649090 3051112222		salud@ipsperfe		ta.com	salud@ipsperfecta.com			

#### B. DATOS DE LA SEDE DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

40. Departamento	41. Munia	cipio		42. Centro Poblado		43. Es Sede Principal?
BOGOTÁ D.C	BOGOTÁ D.C.					SI
44. Nombre de la Sede		IPS SALUD PERFECTA				
45. Zona		46. Barrio	47.	Dirección		
URBANA		CASTELLANA	AC	12 # XX - XXP4 CS 402		
48. Teléfono principal		49. Teléfono adicional	50.	Correo electrónico principal	4	50. Correo electrónico adicional
3649090		3051112222	salu	id@ipsperfecta.com	1	salud@ipsperfecta.com
51. Nombre del Director, Gerente o Responsable				AAAA BBBB CCC		

#### C. TIPO DECLARACION DE LA AUTOEVALUCIÓN DE SERVICIOS EN LA SEDE DEL PRESTADOR.

21. Tipo de la declaración de autoevaluación de servicios	DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS PARA EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN O REACTIVACIÓN
---	--

#### D. DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUCIÓN DE SERVICIOS EN LA SEDE DEL PRESTADOR.

GRUPO	COD	SERVICIO	CUMPLE DECLARACIÓN
F Página: 1 de 2	ORMULAF	NO DECLARACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS EN EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN O Prestador en insoripción Identificación del prestador en ins Representante legal en insoripción: CC :12345879 -CCCCCCC DDDDDD	REACTIVACIÓN - REPS. IPS SALUD PERFECTA scripción: NIT-830654789 DD AAAAAAA BBBBBBB
			AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA EXTERNA	302	CARDIOLOGÍA	SI

			DE SERVICIOS
CONSULTA EXTERNA	302	CARDIOLOGÍA	si
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA	si
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	si
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SI

Radique el formulario declaración de autoevaluación de servicios con el formulario de inscripción o reactivación y anexe los documentos como se menciona en la Resolución 3100 de 2019 y la(s) norma(s) que la modifique o sustituya. Si desea mayor información sobre la inscripción o reactivación diríjase a la Secretaría de Salud Departamental o Distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, quien tiene la facultad de brindarle asistencia técnica, según lo definido en el decreto 780 de 2016, artículo 2.5.1.2.3. Numeral 3.

\*\*\*\*ATENCIÓN\*\*\*: Revise de de manera detallada toda la información de este documento.

CCCCCCC DDDDDDDD AAAAAAA BBBBBBB, declaro que la información presentada en este formulario es veraz y que cumplo con los requisitos y condiciones definidos en la reglamentación legal vigente para la habilitación de servicios de salud.

Firma del Representante Legal

#### CC :12345679 -CCCCCCC DDDDDDDD AAAAAAA BBBBBBB

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

Los anteriores datos tienen como fuente de Información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS - Formulario de Inscripción ó Reactivación de Prestadores de Servicios de Salud

Elaborado por: IPS SALUD PERFECTA Impreso por: IPS SALUD PERFECTA Versión 7.0.

Fecha de Impresión: martes 05 de marzo de 2024 (3:05 p.m.).





FORMULARIO DECLARACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS EN EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN O REACTIVACIÓN - REPS. Prestador en inscripción: IPS SALUD PERFECTA Identificación del prestador en inscripción: IPS SALUD PERFECTA Representante legal en inscripción: CC :12345679 -CCCCCCC DDDDDDD AAAAAA BBBBBBB

Página: 2 de 2



# SI QUIERE SABER MAS SOBRE ESTE PROCESO:



**Ingresa al siguiente link:** 

https://drive.google.com/file/d/1XUmLLp\_M53\_WobgwpqoL9K6sZZWvGPRt/vi ew?usp=sharing

