

INSTRUCTIVOS PARA EL DILIGENCIAMIENTO EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA ENTIDADES CON OBJETO SOCIAL DIFERENTE- OSD:

1.



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

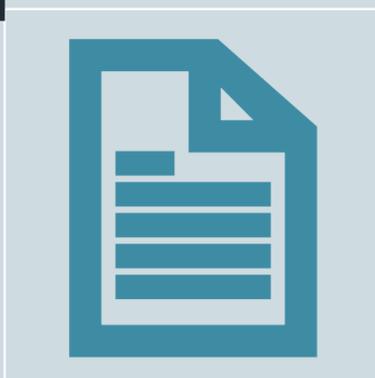
2.



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

INSTRUCTIVOS PARA EL DILIGENCIAMIENTO EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA ENTIDADES CON OBJETO SOCIAL DIFERENTE- OSD:

1



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

ENTIDADES CON OBJETO SOCIAL DIFERENTE- OSD: Pasos para crear usuario y contraseña para ingreso al aplicativo REPS

ENTIDAD CON OBJETO SOCIAL DIFERENTE

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.

Salir

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.

Registrarse

Señor(a)(es), futuro Prestador de Servicios de Salud, tenga en cuenta:

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**

Usuario

Contraseña

Ingresar

Olvidé la contraseña ...

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.

ENTIDADES CON OBJETO SOCIAL DIFERENTE- OSD: Pasos para crear usuario y contraseña para ingreso al aplicativo REPS

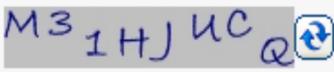
Diligenciar la información solicitada en cada campo, para crear el usuario y contraseña, al finalizar oprimir el botón acepto. Aparecerá el aviso “Usuario creado exitosamente, puede volver a la pantalla inicial de ingreso y con su usuario y contraseña, diligenciar el formulario de inscripción”.

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 SIGUIENTE INFORMACIÓN

Digite el nombre del usuario a crear	<input type="text" value="OSD-CIUDADANOS"/>
Contraseña	<input type="text" value="Ciudadanos123"/> <small>Nueve caracteres como mínimo y máximo veinte. Debe tener como mínimo los siguientes caracteres: Mayúsculas, minúsculas y números.</small>
Confirmar Contraseña	<input type="text" value="Ciudadanos213"/>
Dirección Departamental o Distrital de Salud	<input type="text" value="Secretaría Distrital de Salud de Bogotá"/>
Tipo de Identificación	<input type="text" value="Nit"/>
Número de Identificación	<input type="text" value="900014592"/> -4
Nombres Profesional Independiente ó Razón Social para otras clases de PRESTADORES	<input type="text" value="OSD CIUDANANOS DEL MUNDO"/>
Correo electrónico	<input type="text" value="OSDCIUDADANOSDELMUNDO@GMAIL.COM"/>
Confirmar Correo electrónico	<input type="text" value="OSDCIUDADANOSDELMUNDO@GMAIL.COM"/>
Caracteres de seguridad	<input type="text" value="M31HJUCQ"/>  Escriba los 8 caracteres de la imagen

* Al hacer click en **Acepto** manifiesta su conformidad con el buen uso de este formulario.
Usuario creado exitosamente, puede volver a la pantalla inicial de ingreso y con su usuario y contraseña, diligenciar el formulario de inscripción.

[Volver al formulario de Inscripción](#)

ENTIDADES CON OBJETO SOCIAL DIFERENTE- OSD: Pasos para crear usuario y contraseña para ingreso al aplicativo REPS

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



La salud
es de todos

Minsalud

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.

[Registrarse](#)

Señor(a)(es), futuro Prestador de Servicios de Salud, tenga en cuenta:

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](#)

Usuario
Contraseña [Ingresar](#) 

[Olvidé la contraseña ...](#)

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.

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

La salud es de todos Minsalud

IDENTIFICACION PRESTADOR

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR

Tipo documento identificación: Nit

Número documento identificación: 900014592 -4

Nombres y apellidos del Profesional Independiente ó Razón social del Prestador: OSD CIUDANANOS DEL MUNDO

Clase de prestador: Objeto Social Diferente a la Prestación de

Tipo de persona: JURIDICO

Naturaleza Jurídica: Privada

Naturaleza Jurídica Privada: Con ánimo de lucro

Sitio Web: https://

CONSTITUCIÓN

Acto de Constitución: Matrícula Mercantil

Número Acto Constitución: 1000

Fecha Acto Constitución: 26/04/22

Entidad que expide: Cámara de Comercio

Ciudad de expedición: BOGOTÁ

REPRESENTANTE LEGAL

Tipo de Identificación: Cédula Ciudadanía

Número de Identificación: 80808080

Primer Apellido: Madrigal

Segundo Apellido: Espinoza

Primer Nombre: Bruno

Segundo Nombre: José

UBICACIÓN ADMINISTRATIVA

Departamento: Bogotá D.C.

Municipio: BOGOTÁ

Dirección: Calle 1 carrera 1

Teléfono principal: 80513409

Teléfono adicional:

Correo electrónico principal: OSDCIUDADANOSDELMUNDO@GMAIL.COM

Confirmar Correo electrónico principal: OSDCIUDADANOSDELMUNDO@GMAIL.COM

Correo electrónico adicional:

Confirmar Correo electrónico adicional:

Grabar **Nuevo** **Buscar** **Eliminar** **Ayuda**

Sede de Prestación de servicios:



La salud
es de todos

Minsalud

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

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Tipo documento identificación Nit

Número doNúmero documento identificación 900014592 - 4

Nombres y apellidos del Profesional Independiente OSD CIUDANANOS DEL MUNDO

Razón social del Prestador

Clase de prestador Objeto Social Diferent

DATOS DE LA SEDE

Nombre de la sede CIUDADANOS DEL MUNDO

Es sede principal? SI

Departamento Bogotá D.C

Municipio BOGOTÁ

Centro poblado BOGOTÁ, D.C.

Zona URBANA

Dirección CALLE 1 CARRERA 1

Barrio LA FELICIDAD

Teléfono principal 80513409

Teléfono Teléfono adicional

Nombre del director, gerente o responsable Bruno José Madrigal Espinoza

Correo electrónico principal OSDCIUDADANOSDELMUNDO@GMAIL.COM

Confirmar Correo electrónico principal OSDCIUDADANOSDELMUNDO@GMAIL.COM

Correo electrónico adicional

Confirmar Correo electrónico adicional

Grabar Nuevo Buscar Eliminar Ayuda



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD

BOGOTÁ

Servicios y capacidad instalada:



- 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

SERVICIOS Y CAPACIDADES INSTALADAS

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Tipo documento identificación: Nit
Número documento identificación: 900014592 - 4
Nombres y apellidos del Profesional Independiente: OSD CIUDANANOS DEL MUNDO
Razón social del Prestador: OSD CIUDANANOS DEL MUNDO
Clase de prestador: Objeto Social Diferer
Departamento: Bogotá D.C.

DATOS DE LA SEDE

Número y nombre de la sede: 01-CIUDANANOS DEL MUNDO
Municipio: BOGOTÁ

SERVICIOS DE SALUD

Grupo del Servicio: Consulta Externa
Servicio: 328-MEDICINA GENERAL

HORARIOS DEL SERVICIO

Día	Horario	Acciones
Sábado	08:00A20:00	Adicionar + Copiar Eliminar -
Lunes	08:00A20:00	
Martes		
Miércoles	08:00A20:00	
Jueves		
Viernes	08:00A20:00	
Sábado		
Domingo	08:00A20:00	

MODALIDAD DEL SERVICIO

Intramural: Intramural
Extramural: Unidad Móvil Domiciliario Jornada de Salud Extramural
Telemedicina: Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telexperticia Telemonitoreo Prestador de Referencia Prestador Remisor

COMPLEJIDAD DEL SERVICIO

Complejidad: BAJA

ESPECIFICIDAD DEL SERVICIO

Especificidades	Especificidad del servicio	Estado actual
Servicio no cuenta con especificidades.		

CAPACIDAD INSTALADA ASOCIADA AL SERVICIO. VISUALIZARÁ LA CAPACIDAD INSTALADA TOTAL DE LA SEDE DEL PRESTADOR.

Capacidades instaladas totales de la sede del prestador

Número de SALAS-Procedimientos: 1
Número de CONSULTORIOS-Consulta Externa: 0

Esta registrando para esta sede del prestador la capacidad instalada total de SALAS de Procedimientos. Esta registrando para esta sede del prestador la capacidad instalada total de CONSULTORIOS de Consulta Externa.

Grabar Nuevo Buscar Eliminar Ayuda



IMPRIMIR FORMULARIO

Imprima el Formulario de Declaración de Autoevaluación (Original y copia), este deberá presentarlo firmado de puño y letra por el representante legal.



- 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



IMPRIMIR FORMULARIO INSCRIPCIÓN

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR	
Documento	Nit
Número documento	900014592 - 4
Nombre Prestador	OSD CIUDANANOS DEL MUNDO
Clase de Prestador	Objeto Social Diferen
Departamento	Bogotá D.C
DATOS DE LA SEDE	
Número y nombre de la sede	01-CIUDADANOS DEL MUNDO
Municipio	BOGOTÁ

IMPRIMIR, formulario de inscripción.



Para terminar, seleccionar el menú Salir.

Fecha de impresión: jueves 07 de marzo de 2024 (9:02 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 competencias

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

A. IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

8. Clase de prestador		OBJETO SOCIAL DIFERENTE A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD									
9. Nombre y Apellidos del Profesional Independiente o Razón Social del Prestador		OSD CIUDADANOS DEL MUNDO									
10. Tipo de identificación	11. Número de identificación	12. Dígito de verificación	13. Tipo de persona	14. Naturaleza Jurídica							
NIT	900014592	4	JURIDICO	PRIVADA							
15. Sitio Web											

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		CALLE 1 # 15 34					
19. Teléfono principal		20. Teléfono adicional		21. Correo electrónico principal			21. Correo electrónico adicional		
80513409				osdcuidadanosdelmundo@gmail.com					

Representante Legal

22. Primer Apellido		23. Segundo Apellido		24. Primer Nombre		25. Segundo Nombre	
MADRIGAL		ESPINOZA		BRUNO		JOSE	
26. Tipo de identificación	27. Número de identificación	28. Forma de vinculación		29. Fecha de vinculación (AAAAMDD)			
CC	80808080						

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		1000		32. Fecha de Acto (AAAAMDD)		20240205	
33. Entidad que expide		CAMARA DE COMERCIO		34. Ciudad de expedición		BOGOTÁ					

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN O REACTIVACIÓN - REPS.
Prestador en inscripción: OSD CIUDADANOS DEL MUNDO
Identificación del prestador en inscripción: NIT-900014592
Representante legal en inscripción: CC :80808080 -BRUNO JOSE MADRIGAL ESPINOZA

Página: 1 de 3

Prestadores Públicos			
35. Carácter Territorial		36. 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		41. Municipio		42. Centro Poblado		43. Es Sede Principal?	
BOGOTÁ D.C		BOGOTÁ		BOGOTÁ, D.C.		SI	
44. Nombre de la Sede		CIUDADANOS DEL MUNDO					
45. Zona		46. Barrio		47. Dirección			
URBANA		LA FELICIDAD		CALLE 1 # 15 34			
48. Teléfono principal		49. Teléfono adicional		50. Correo electrónico principal		50. Correo electrónico adicional	
80513409				osdcuidadanosdelmundo@gmail.com			
51. Nombre del Director, Gerente o Responsable				BRUNO JOSE MADRIGAL ESPINOZA			

C. SERVICIOS OFRECIDOS EN LA SEDE.

GRUPO	COD	SERVICIO	M-INT	M-EXT	M-UM	M-DOM	M-JS	M-TEL	M-PR	M-PRTI	M-PRTN	M-PRTE	M-PRTM	M-PRE	M-PRETE	M-PRETM	COMPL
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	B

CONVENCIONES:

M-INT: Modalidad Intramural	M-EXT: Modalidad Extra mural	M-UM: Modalidad Unidad Móvil	M-DOM: Modalidad Domiciliario	M-JS: Modalidad Jornada de Salud	M-TEL: Modalidad Telemedicina
M-PR: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina	M-PRTI: Modalidad Prestador Referencia-Telemedicina Interactiva	M-PRTN: 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-PRETM: Modalidad Prestador Remisor-Telemedicina Telemonitoreo	COMPL: Complejidad	*SC: SIN COMPLEJIDAD		

HORARIOS DE LOS SERVICIOS (FORMATO HORA MILITAR) DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA INSCRIPCIÓN.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	14:00A18:00	07:00A14:00		13:00A18:00	07:00A18:00		

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.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN O REACTIVACIÓN - REPS.
Prestador en inscripción: OSD CIUDADANOS DEL MUNDO
Identificación del prestador en inscripción: NIT-900014592
Representante legal en inscripción: CC :80808080 -BRUNO JOSE MADRIGAL ESPINOZA

Página: 2 de 3

INSTRUCTIVOS PARA EL DILIGENCIAMIENTO EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA ENTIDADES CON OBJETO SOCIAL DIFERENTE- OSD:

2.



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

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

ENTIDAD CON OBJETO SOCIAL DIFERENTE

Ingresar al ítem Declaración autoevaluación de servicios para la inscripción y registre el cumplimiento de las condiciones de habilitación, de la siguiente manera:

Seleccionar condiciones de capacidad técnico administrativas – capacidad suficiencia patrimonial y financiera.

- Cumple con la capacidad técnico administrativa: señalar **SI**
- Cumple con la suficiencia patrimonial y financiera: señalar **NO APLICA**

Posteriormente encontrara los servicios habilitados, para cada servicio presione el botón cambiar para registrar **SÍ CUMPLE**.

DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS PARA LA INSCRIPCIÓN

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Tipo documento identificación: Nit
Número documento identificación: 900014592 - 4
Nombres y apellidos del Profesional Independiente: OSD CIUDADANOS DEL MUNDO
Razón social del Prestador: OSD CIUDADANOS DEL MUNDO
Clase de prestador: Objeto Social Diferen
Departamento: Bogotá D.C

DATOS DE LA SEDE

Número y nombre de la sede: 01-CIUDADANOS DEL MUNDO
Municipio: BOGOTÁ

DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS

Autoevaluación: Mecanismo de verificación de las condiciones de habilitación establecidas en el MANUAL DE INSCRIPCIÓN DE PRESTADORES Y HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (Resolución 3100 de 2019.), que efectúa periódicamente el prestador de servicios de salud y que propende por el autocontrol permanente, participativo y reflexivo sobre la prestación de los servicios de salud a ofertar.

Declaración de autoevaluación: Es el registro que realiza el prestador de servicios de salud en el REPS después de haber realizado la autoevaluación. Es decir, que es el proceso que usted va a realizar en este formulario.

CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA; SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA; CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA.

Seleccionar las condiciones: -Capacidad Técnico Administrativa; -Capacidad Suficiencia Patrimonial y Financiera.

¿Cumple con la Capacidad Técnico-Administrativa? SI
¿Cumple con la Suficiencia Patrimonial y Financiera? NO APL

Grupo del Servicio	Servicio	Cumple	
Consulta Externa	328 -MEDICINA GENERAL	SI	Cambiar

IMPRIMIR FORMULARIO

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.



- 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



IMPRIMIR FORMULARIO DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS PARA LA INSCRIPCIÓN

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR	
Documento	Nit
Número documento	900014592 - 4
Nombre Prestador	OSD CIUDANANOS DEL MUNDO
Clase de Prestador	Objeto Social Diferen
Departamento	Bogotá D.C
DATOS DE LA SEDE	
Número y nombre de la sede	01-CIUDADANOS DEL MUNDO
Municipio	BOGOTÁ

IMPRIMIR, formulario declaración de la autoevaluación de servicios en la inscripción.



Fecha de impresión: lunes 11 de marzo de 2024 (3:19 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		OBJETO SOCIAL DIFERENTE A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD				
2. Nombre y Apellidos del Profesional Independiente o Razón Social del Prestador		OSD CIUDADANOS DEL MUNDO				
3. Tipo de identificación	4. Número de identificación	5. Dígito de verificación	6. Tipo de persona	7. Naturaleza Jurídica		
NIT	900014592	4	JURIDICO	PRIVADA		
8. Sitio Web						

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		CALLE 1 # 15 34	
19. Teléfono principal	20. Teléfono adicional	21. Correo electrónico principal		21. Correo electrónico adicional	
80513409		osdciudadanosdelmundo@gmail.com			

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

40. Departamento	41. Municipio	42. Centro Poblado	43. Es Sede Principal?
BOGOTÁ D.C	BOGOTÁ	BOGOTÁ, D.C.	SI
44. Nombre de la Sede		CIUDADANOS DEL MUNDO	
45. Zona	46. Barrio	47. Dirección	
URBANA	LA FELICIDAD	CALLE 1 # 15 34	
48. Teléfono principal	49. Teléfono adicional	50. Correo electrónico principal	50. Correo electrónico adicional
80513409		osdciudadanosdelmundo@gmail.com	
51. Nombre del Director, Gerente o Responsable			BRUNO JOSE MADRIGAL ESPINOZA

C. TIPO DECLARACION DE LA AUTOEVALUACIÓN 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 AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS EN LA SEDE DEL PRESTADOR.

GRUPO	COD	SERVICIO	CUMPLE DECLARACIÓN
-------	-----	----------	--------------------

FORMULARIO DECLARACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS EN EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN O REACTIVACIÓN - REPS.
Prestador en inscripción: OSD CIUDADANOS DEL MUNDO
Identificación del prestador en inscripción: NIT-900014592
Representante legal en inscripción: CC :80808080 -BRUNO JOSE MADRIGAL ESPINOZA

Página: 1 de 2

GRUPO	COD	SERVICIO	AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	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 dirijase 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.

BRUNO JOSE MADRIGAL ESPINOZA, 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 :80808080 -BRUNO JOSE MADRIGAL ESPINOZA

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 o Reactivación de Prestadores de Servicios de Salud.

Elaborado por: OSD-CIUDADANOS
Impreso por: OSD-CIUDADANOS
Versión 7.0.

Fecha de impresión: lunes 11 de marzo de 2024 (3:19 p.m.).

SI QUIERE SABER MAS SOBRE ESTE PROCESO:

Ingresa al siguiente link:

<https://drive.google.com/file/d/14bw9Mif75b35AGNUy5FjHPAAHWfuTPY2/view?usp=sharing>

