Hacer las cosas Bien Trae cosas Buenas

INSTRUCTIVOS PARA EL DILIGENCIMIENTO EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD – REPS PARA ENTIDADES DE TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES- TEP:



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



**FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN 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 ENTIDADES DE TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES- TEP:



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





# Pasos para crear usuario y contraseña para ingreso al aplicativo 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 Usuario Contraseña Si usted es un usuario nuevo y aún no posee contraseña ingrese por la opción Registrarse. Ingresa

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



# ENTIDADES DE TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES- TEP

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

# Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

## 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	AMBULANCIASYA
C	Comprobar disponibilidad
Contrasena	Ambulancias123
	Nueve caracteres como minimo y maximo veinte. Debe tener como mínimo los siguientes carácteres: Mayúsculas, minúsculas y números.
Confirmar Contraseña	Ambulancias123
Dirección Departamental o Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá 🗸 🗸
Tipo de Identificación	Nit 🗸
Número de Identificación	901887652 -7
Nombres y Apellidos del <b>Profesional</b> Independiente	
ó Banía Casial ann atom daona da	AMBULANCIAS YA SAS
PRESTADORES	
Correo electrónico	AMBULANCIASYASAS@GMAIL.COM
Confirmar Correo electrónico	AMBULANCIASYASAS@GMAIL.COM
	WRRATBUG
Caracteres de seguridad	WRRATBUG Escriba los 8 caracteres de la Imagen
\$ ALL D. L. A.	



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".



# ENTIDADES DE TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES- TEP

# Ingreso con Usuario y Contraseña para diligenciamiento del Formulario de Inscripción

ta salud es de todos Registrar el usuario y contraseña creado en los campos correspondientes ubicados en el lado derecho de la pantalla y oprimir el botón ingresar:

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS.

	FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN O REACTIVACIÓN DE PRESTADORES EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.
sted 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 Registrars	e. OSD-CIUDADANOSAMBUL Contraseña Ingresar
Registrarse Señor(a)(es), futuro Prestador de Servicios de Salud, tenga en cuenta:	Olvidé la contraseña
<ol> <li>Si el formulario de inscripción diligenciado, contiene errores de digitación por parte de manera segura, debe diligenciar los campos: usuario, contraseña y (NIT ó CC ó CE) de n Digite el NIT ó CC ó CE:</li> </ol>	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 Elimina anera correcta.
	Desea visualizar mayor información del REPS y del proceso de inscripción o reactivación de pre Oprima aq
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 er



secretaría de **SALUD** 



# 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, al finalizar oprimir el botón grabar.

## **Identificación Prestador**

	es de todo	5	-
s.Inscripción	Grabar M N	uevo 🔩 Buscar 🕅 Eliminar 🔞 Ayuda	
Identificación Prestador Sede de Prestación de Servicios	IDENTIFICACIÓN	PRESTADOR	
Servicios y capacidades instaladas Declaración Autoricalusción de	IDENTIFICACIÓN DEL P	PRESTADOR	
ervicios para la inscripción	Tipo documento	Nit	
mprimir Formulario Inscripción mprimir Formulario Declaración	Identificación Número documento		
le la Autoevaluación de Servicios	identificación	901887652	
Galin	Profesional Independiente		
	ó	AMBULANCIAS YA SAS	
	Razón social del Prestador		
	Clase de prestador	Transporte Especial de Pacientes 💉	
	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	123456	
	Constitución		
	Fecha Acto Constitución	20220426	
	Entidad que expide Ciudad de expedición	Camara de Comercio	
	REPRESENTANTE LEGA	L	
	Tipo de Identificación	Cédula Ciudadanía 💙	
	Número de Identificación	39495969	
	Primer Apellido	Parker	
	Segundo Apellido		
	Primer Nombre	Peter	
	Segundo Nombre		
	UBICACIÓN ADMINISTR	RATIVA	
	Departamento	Bogotá D.C V	
	Dirección	Calle 2 carrera 2	
	Teléfono principal	8047410	
	Teléfono adicional		
	Correo electrónico principal	AMBULANCIASVASAS@GMAIL.COM	
	Confirmar Correo	AMBULANCIASVASAS@GMAIL.COM	
	Correo electrónico		
	adicional Confirmar Correc		
	electrónico adicional		
	K. Grabar W. M	uevo K- Buscar K-	
		Ayuda	

## Sede de Prestación de servicios:

La salud es de todos Minsalud

## 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

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR	
Tipo documento identificación	Nit 💙
Número doNúmero documento identificación	901887652 - 7
Nombres y apellidos del Profesional Independiente ó Razón social del Prestador	AMBULANCIAS YA SAS
Clase de prestador	Transporte Especial c 💙
DATOS DE LA SEDE	
Nombre de la sede	AMBULANCIAS YA
Es sede principal?	SI 💙
Departamento	Bogotá D.C 💙
Municipio	BOGOTÁ 🗸
Centro poblado	BOGOTÁ, D.C. 🗸
Zona	URBANA 🗸
Dirección	Calle 2 carrera 2
Barrio	La Esperanza
Teléfono principal	6805421

Teléfono Teléfono adicional Nombre del director, gerente o responsable Correo electrónico principal Confirmar Correo electrónico principal Correo electrónico adicional Confirmar Correo electrónico adicional

Peter Parker
--------------

AMBULANCIASYASAS@GMAIL.COM

AMBULANCIASYASAS@GMAIL.COM

😼 Grabar 🎮 Nuevo Buscar 🔤 🙆 Ayuda



## SERVICIOS Y CAPACIDAD INSTALADA

En este paso deberá seleccionar los siguientes ítems:

- SERVICIOS DE SALUD: Seleccionar GRUPO DE SERVICIO y SERVICIO
- HORARIOS DEL SERVICIO: Diligenciar DÍA, HORA INICIAL y HORA FINAL y click en ADICIONAR +
- MODALIDAD DEL SERVICIO: Seleccionar la modalidad de prestación de servicios.
- COMPLEJIDAD DEL SERVICIO: Seleccionar de la lista desplegable ALTA, MEDIANA, BAJA o SIN COMPLEJIDAD.
- CAPACIDAD INSTALADA ASOCIADA AL SERVICIO. VISUALIZARÁ LA CAPACIDAD INSTALADA TOTAL DE LA SEDE DEL PRESTADOR: Diligenciar la capacidad instalada y Click en AMBULANCIAS ADICIONAR+

😼 Grabar 🏲 Nuevo	o 🗗 Buscar 🖳 Eliminar 🕜 Ayuda									
tador 1 de Servicios 1 des instaladas	IDADES INSTALADAS									
valuación de DATOS GENERALES DEL PRE	ESTADOR									
scripción Tipo documento identificació	ón Nit 🗸									
io Declaración Número documento identific	cación 901887652 - 7									
ón de Servicios Nombres y apellidos del Pro	fesional									
ó	AMBULANCIAS YA SAS									
Razón social del Prestador										
Clase de prestador	Transporte Especial d 💙									
Departamento	Bogotá D.C 💙									
DATOS DE LA SEDE										
Número y nombre de la sed	e 01-AMBULANCIAS YA			~						
Municipio	BOGOTÁ 🗸									
SERVICIOS DE SALUD										
Grupo del Servicio	Atención Inmediata	``	•							
Servicio	1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BAS	SICO		×						
HORARIOS DEL SERVICIO										
	Día Hora inicio:HH	MM V Hora final:HH V	MM V Adicionar +	Copiar Eliminar -						
	Día		Horacion							
		23:59	noranos							
	Martes 00:00A	23:59								
Horarios	Miercóles 00:00A	23:59								
	Jueves 00:00A	23:59								
	Viernes 00:00A	23:59								
	Sábado 00:00A	23:59								
	Domingo 00:00A	23:59								
MODALIDAD DEL SERVICIO	MODALIDAD DEL SERVICIO									
MODILIDIO DEE DERVIGIO										
Intramural		I	ntramural							
Intramural Extramural	Unidad Móvil	Domiciliario	ntramural	C Extramural						
Intramural Extramural	Unidad Móvil	Domiciliario	ntramural	Z Extramural						
Intramural Extramural	Unidad Móvil	Domiciliario	ntramural Jornada de Salud Prestad	Extramural or Remisor						
Intramural Extramural	Unidad Móvil Prestador o	Domiciliario	Dornada de Salud Prestad	Extramural or Remisor						
Intramural Extramural Telemedicina	Unidad Móvil Prestador o Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva	Domiciliario	Intramural Jornada de Salud Prestad Telexperticia Telemonitoreo	Extramural or Remisor						
Intramural Extramural Telemedicina	Unidad Móvil  Prestador  Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telemedicina	Domiciliario	ntramural Jornada de Salud Prestad Telexperticia Telemonitoreo	Extramural or Remisor						
Intramural Extramural Telemedicina	Unidad Móvil  Prestador o  Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telexperticia Telexonitoreo	Domiciliario	ntramural Jornada de Salud Prestad Telexperticia Telemonitoreo	Extramural or Remisor						
Intramural Extramural Telemedicina	Unidad Móvil  Prestador ( Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telexperticia Telemonitoreo	Domiciliario	ntramural Jornada de Salud Prestad Telexperticia Telemonitoreo	Extramural or Remisor						
Intramural Extramural Telemedicina COMPLEJIDAD DEL SERVICI	Unidad Móvil Unidad Móvil Prestador of Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telexperticia Telemonitoreo	Domiciliario de Referencia	ntramural Jornada de Salud Prestad Telexperticia Telemonitoreo	Extramural or Remisor						
Intramural Extramural Telemedicina COMPLEJIDAD DEL SERVICI Complejidad	Unidad Móvil  Prestador o  Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telexperticia Telemonitoreo  BAJA	Domiciliario	ntramural Jornada de Salud Prestad Telexperticia Telemonitoreo	Extramural or Remisor						
Intramural Extramural Telemedicina COMPLEJIDAD DEL SERVICI Complejidad ESPECIFICIDAD DEL SERVIC	Unidad Móvil Unidad Móvil Unidad Móvil Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telexperticia Telemonitoreo BAJA CIO	Domiciliario de Referencia	ntramural Jornada de Salud Prestad Telexperticia Telemonitoreo	Extramural						
Intramural Extramural Telemedicina COMPLEJIDAD DEL SERVICI Complejidad ESPECIFICIDAD DEL SERVICI Especificidades	Unidad Móvil Unidad Móvil Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telexperticia Telemonitoreo BAJA CIO Servicio no cuenta con especificidades	Domiciliario de Referencia	ntramural Jornada de Salud Prestad Telexperticia Telemonitoreo	Extramural or Remisor						
Intramural Extramural Telemedicina COMPLEJIDAD DEL SERVICI Complejidad ESPECIFICIDAD DEL SERVICI Especificidades	Unidad Móvil  Unidad Móvil  Prestador o  Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telexperticia Telemonitoreo  BAJA CIO Servicio no cuenta con especificidades	Domiciliario de Referencia	ntramural Jornada de Salud Prestad Telexperticia Telemonitoreo	Extramural or Remisor						
Intramural Extramural Telemedicina COMPLEJIDAD DEL SERVICI Complejidad ESPECIFICIDAD DEL SERVIC Especificidades CAPACIDAD INSTALADA ASC	Unidad Móvil  Prestador o  Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telemedicina no interactiva Telexperticia Telemonitoreo  EAJA CIO Servicio no cuenta con especificidades OCIADA AL SERVICIO, VISUALIZARÁ LA CAPACII	Domiciliario  de Referencia	e DEL PRESTADOR.	Extramural or Remisor						
Intramural Extramural Telemedicina COMPLEJIDAD DEL SERVICI Complejidad ESPECIFICIDAD DEL SERVIC Especificidades CAPACIDAD INSTALADA ASC	Unidad Móvil Unidad Móvil Prestador ( Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telexperticia Telemonitoreo EAJA CIO EAJA CIO Servicio no cuenta con especificidades OCIADA AL SERVICIO, VISUALIZARÁ LA CAPACID	Domiciliario  de Referencia	e DEL PRESTADOR.	Extramural or Remisor						
Intramural Extramural Telemedicina COMPLEJIDAD DEL SERVICI Complejidad ESPECIFICIDAD DEL SERVICI Especificidades CAPACIDAD INSTALADA ASC	Unidad Móvil Unidad Móvil Prestador Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telexperticia Telemonitoreo BAJA CIO Servicio no cuenta con especificidades OCIADA AL SERVICIO. VISUALIZARÁ LA CAPACII	Domiciliario  de Referencia	e DEL PRESTADOR.	Extramural or Remisor						
Intramural Extramural Telemedicina COMPLEJIDAD DEL SERVICI Complejidad ESPECIFICIDAD DEL SERVICI Especificidades CAPACIDAD INSTALADA ASC	Unidad Móvil  Prestador o  Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telexperticia Telemonitoreo  BAJA CIO Servicio no cuenta con especificidades OCIADA AL SERVICIO. VISUALIZARÁ LA CAPACID	Domiciliario  de Referencia	e DEL PRESTADOR.	Extramural or Remisor						
Intramural Extramural Telemedicina COMPLEJIDAD DEL SERVICI Complejidad ESPECIFICIDAD DEL SERVIC Especificidades CAPACIDAD INSTALADA ASC	Unidad Móvil Prestador Prestador Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telemedicina no interactiva Telexperticia Telemonitoreo EAJA CIO EAJA CIO Servicio no cuenta con especificidades OCIADA AL SERVICIO. VISUALIZARÁ LA CAPACI Les de la	Domiciliario  de Referencia	e DEL PRESTADOR.	Extramural or Remisor						
Intramural Extramural Telemedicina COMPLEJIDAD DEL SERVICI Complejidad ESPECIFICIDAD DEL SERVICI Especificidades CAPACIDAD INSTALADA ASC Capacidades instaladas tota sede del prestador	Unidad Móvil  Prestador  Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telexperticia Telemonitoreo  BAJA CIO Servicio no cuenta con especificidades OCIADA AL SERVICIO. VISUALIZARÁ LA CAPACID les de la	Domiciliario  de Referencia   Ambulanci	e DEL PRESTADOR.	Extramural or Remisor						
Intramural Extramural Telemedicina COMPLEJIDAD DEL SERVICI Complejidad ESPECIFICIDAD DEL SERVICI Especificidades CAPACIDAD INSTALADA ASC	O BAJA CIO Servicio no cuenta con especificidades OCIADA AL SERVICIO. VISUALIZARÁ LA CAPACIO les de la Número de AMBULANCIAS-Básica:	Domiciliario  Referencia  Ambulanci  L	E DEL PRESTADOR.	Extramural or Remisor						
Intramural Extramural Telemedicina COMPLEJIDAD DEL SERVICI Complejidad ESPECIFICIDAD DEL SERVICI Especificidades CAPACIDAD INSTALADA ASC	Unidad Móvil  Prestador  Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telemedicina no interactiva Telexperticia Telemonitoreo  BAJA CIO BAJA CIO Servicio no cuenta con especificidades OCIADA AL SERVICIO. VISUALIZARÁ LA CAPACI Les de la Número de AMBULANCIAS-Básica: Esta registrando para esta sede de	Domiciliario  de Referencia	e DEL PRESTADOR.  ada total de AMBULANCIAS de Básic	Extramural or Remisor						
Intramural Extramural Telemedicina COMPLEJIDAD DEL SERVICI Complejidad ESPECIFICIDAD DEL SERVICI Especificidades CAPACIDAD INSTALADA ASC Capacidades instaladas tota sede del prestador	Unidad Móvil Prestador Prestador Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telemonitoreo EAJA CIO EAJA CIO Servicio no cuenta con especificidades OCIADA AL SERVICIO. VISUALIZARÁ LA CAPACI Les de la Número de AMBULANCIAS-Básica: Esta registrando para esta sede de	Domiciliario  de Referencia	e DEL PRESTADOR.	Extramural or Remisor						
Intramural Extramural Telemedicina COMPLEJIDAD DEL SERVICI Complejidad ESPECIFICIDAD DEL SERVICI Especificidades CAPACIDAD INSTALADA ASC Capacidades instaladas tota sede del prestador	Unidad Móvil  Unidad Móvil  Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telexperticia Telemonitoreo  BAJA CIO Servicio no cuenta con especificidades OCIADA AL SERVICIO, VISUALIZARÁ LA CAPACID les de la Número de AMBULANCIAS-Básica: Esta registrando para esta sede de	Domiciliario  de Referencia	e DEL PRESTADOR.	Extramural or Remisor						
Intramural Extramural Telemedicina COMPLEJIDAD DEL SERVICI Complejidad ESPECIFICIDAD DEL SERVICI Especificidades CAPACIDAD INSTALADA ASC Capacidades instaladas tota sede del prestador	Unidad Móvil  Prestador ( Pres	Domiciliario  de Referencia	e DEL PRESTADOR. as. Adicionar +	Extramural or Remisor						
Intramural Extramural Telemedicina COMPLEJIDAD DEL SERVICI Complejidad ESPECIFICIDAD DEL SERVICI Especificidades CAPACIDAD INSTALADA ASC Capacidades instaladas tota sede del prestador	Unidad Móvil  Prestador  Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telemedicina no interactiva Telexperticia Telemonitoreo  BAJA CIO BAJA CIO Servicio no cuenta con especificidades OCIADA AL SERVICIO. VISUALIZARÁ LA CAPACID Les de la Número de AMBULANCIAS-Básica: Esta registrando para esta sede de	Domiciliario  de Referencia	e DEL PRESTADOR. as. Adicionar + ada total de AMBULANCIAS de Básic	Extramural or Remisor						
Intramural Extramural Telemedicina COMPLEJIDAD DEL SERVICI Complejidad ESPECIFICIDAD DEL SERVIC Especificidades CAPACIDAD INSTALADA ASC Capacidades instaladas tota sede del prestador	Unidad Móvil Prestador Prestador Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telemonitoreo EAJA CIO BAJA CIO Servicio no cuenta con especificidades OCIADA AL SERVICIO. VISUALIZARÁ LA CAPACIO Les de la Número de AMBULANCIAS-Básica: Esta registrando para esta sede de Número de AMBULANCIAS-Básica:	Domiciliario  de Referencia	e DEL PRESTADOR. as. Adicionar +	e.						
Intramural Extramural Telemedicina COMPLEJIDAD DEL SERVICI Complejidad ESPECIFICIDAD DEL SERVICI Especificidades CAPACIDAD INSTALADA ASC Capacidades instaladas tota sede del prestador	Unidad Móvil Prestador Prestador Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telemonitoreo EAJA CIO EAJA CIO Servicio no cuenta con especificidades OCIADA AL SERVICIO. VISUALIZARÁ LA CAPACI Les de la Número de AMBULANCIAS-Básica: Esta registrando para esta sede de Número de AMBULANCIAS-Básica:	Domiciliario  de Referencia	e DEL PRESTADOR. as. Adicionar + ada total de AMBULANCIAS de Básic	Extramural or Remisor						
Intramural Extramural Telemedicina COMPLEJIDAD DEL SERVICI Complejidad ESPECIFICIDAD DEL SERVICI Especificidades CAPACIDAD INSTALADA ASC Capacidades instaladas tota sede del prestador	Unidad Móvil Prestador Prestador Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telexperticia Telemonitoreo EXAMPLE AL SERVICIO. VISUALIZARÁ LA CAPACIE Les de la Número de AMBULANCIAS-Básica: Esta registrando para esta sede de Número de AMBULANCIAS-Básica:	Domiciliario  de Referencia	Atramural	e.						
Intramural Extramural Telemedicina COMPLEJIDAD DEL SERVICI Complejidad ESPECIFICIDAD DEL SERVIC Especificidades CAPACIDAD INSTALADA ASC Capacidades instaladas tota sede del prestador	Unidad Móvil Prestador Prestador Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telemonitoreo BAJA CIO Servicio no cuenta con especificidades OCIADA AL SERVICIO. VISUALIZARÁ LA CAPACIO Ies de la Número de AMBULANCIAS-Básica: Esta registrando para esta sede de Número de AMBULANCIAS-Básica:	Domiciliario  de Referencia	Atramural	a.						
Intramural Extramural Telemedicina COMPLEJIDAD DEL SERVICI Complejidad ESPECIFICIDAD DEL SERVICI Especificidades CAPACIDAD INSTALADA ASC Capacidades instaladas tota sede del prestador	Unidad Móvil Prestador Prestador Telemedicina interactiva Telemedicina no interactiva Telemonitoreo BAJA CIO BAJA CIO Servicio no cuenta con especificidades OCIADA AL SERVICIO. VISUALIZARÁ LA CAPACI Ista registrando para esta sede de Número de AMBULANCIAS-Básica: Esta registrando para esta sede de	Domiciliario  de Referencia	Atramural	■ Extramural or Remisor a. SECRETARÍA DE						

# **SERVICIOS PARA LA INSCRIPCIÓN**

AMBULANCIAS ADICIONAR: Diligenciar los datos de cada móvil, al finalizar seleccionar GRABAR

### 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

DATOS GENERALES	DEL PRESTADOR					
NIT	901887652 - 7					
Nombre Prestador	AMBULANCIAS YA SAS					
Clase de Prestador	Transporte Especial de $\checkmark$					
Departamento	Bogotá D.C	~				
DATOS DE LA SEDE						
Número de la Sede	01					
Nombre de la Sede	AMBULANCIAS YA					
Municipio	BOGOTÁ	~				
CAPACIDAD INSTALA	DA					
Grupo	AMBULANCIAS		~			
Concepto	Básica		~			
Placa	XXX123					
Тіро	TERRESTRE 🛩					
Año Modelo	2024					
No. Tarjeta Propiedao	123456789					



secretaría de **SALUD** 



# **IMPRIMIR FORMULARIO**

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



Minsalud

## 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

#### Pro-E/ St H Nuevo 🙆 Ayuda

## IMPRIMIR FORMULARIO INSCRIPCIÓN

	D		
DATUS GENERALES DEL PRESTADO	A		
Documento	Nit	v	
Número documento	901887652 - 7		
Nombre Prestador	AMBULANCIAS YA SAS		
Clase de Prestador	Transporte Especial c 💙		
Departamento	Bogotá D.C	¥	
DATOS DE LA SEDE			
Número y nombre de la sede	01-AMBULANCIAS VA		<b>v</b>
Municipio	BOGOTÁ	×	
	IMPRIMIR, formula	rio de inscripción.	



1 <b>2</b> 1		10 M	







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

Fecha de impresión: miércoles 06 de marzo de 2024 (11:56 a.m.).

Formulario de inscripción o reactivación.

## PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Para uso exclusivo de la Secretaria de Salud Departamental o Distrital o la Entidad que tenga a cargo dichas competencias											
1. Cóc	ligo de Pr	estador Prin	cipal	2. Fecha Radicación de	el Prestador a	3. No. Radicación	4. Có	4. Código de Sede			
Dep	Mun	Consecutivo	Sede	Año	Mes	Dia	No. Radicación	Dep	Mun	Cons	Sede
5. Fecha Vencimiento				6. Entidad Territorial de dependencia:	a Salud, que re	egistra la ineci	ipción en el REPS:SECRETARÍA	DISTR	ITAL DE S	ALUD DE BOGO	λΤÁ,
Afo Mes Dia											

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

8. Clase de prestador	TRANS	VSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES					
9. Nombre y Apellidos del Profesional Independenente o Razón Social del Prestador			AMBULANCIAS	MBULANCIAS YA SAS			
10. Tipo de identificación 11. Número d		nero de io	dentificación	12. Dígito de verificación	13. Tipo de persona	14. Naturaleza Jurídica	
NIT 901887652				7	JURIDICO	PRIVADA	
15. Sitio Web https://ambulanciasyasas			1				

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 2 CARRERA 2					
19. Teléfono principal 20. Teléfono adicional		21. Correo electrónico principal		21. Correo electrónico adicional					
8047410			ambulanciasyas	as@gmail.com					

Representante Legal								
22. Primer Apellido		23. Segundo Apellido		24. Primer Nombre			25. Segundo Nombre	
PARKER	ER PETER							
26. Tipo de identificación 27. Número de identificación			28. Forma de vinculación			29. Fecha de vinculación (AAAAMMDD)		
20	39495969							

Tenga en cuenta: La anterior información del Representante Legal no puede ser modificada en el proceso de Inscripción para los casos cuando el nu o de NIT este asociado a otros Prestadores de Servicios de Salud inscritos en otra Secretaria 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.

1	Acto de constitución								
:	30. Acto de Constitución	MATRÍCULA MERCANTIL	31. Número de Acto		123456	32. Fecha de Acto (AAAAMMDD)	20220426		
	33. Entidad que expide	CÁMARA DE COMERCIO		34. Ciudad de expedición		BOGOTÁ			

			FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN O REAC Prestador en inscripción: AMB	TIVACIÓN - REPS. ULANCIAS YA SAS
Página: 1 de 3			Representante legal en inscripción: CC :39495969	-PETER PARKER
/				
Prestadores Públicos				
35. Carácter Territorial		36. Nivel de atención	37. Empresa Social del Estado - ESE	
Prestadores Privados ó Mix	tos			
38. Prestador Privado ó Mixto	PRIVADO			
Prestadores Indigenas				
39. Prestador Indígena				

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

40. Departamento	nto 41. Municipio		42. Centro Poblado		43. Es Sede Principal?			
BOGOTÁ D.C BOGOTÁ			BOGOTÁ, D.C.		si			
44. Nombre de la Sede		AMBULANCIAS YA						
45. Zona 46. Barrio 47. Dirección								
URBANA		LA ESPERANZA	CALLE 2 CARRERA 2	ALLE 2 CARRERA 2				
48. Teléfono principal		49. Teléfono adicional	50. Correo electrónico principal		50. Correo electrónico adicional			
6805421 ambula		ambulanciasyasas@gmail.com						
51. Nombre del Director	r. Gerente	o Responsable		PETER PARKER				

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





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

#### D. CAPACIDAD INSTALADA.

GRUPO	NOMBRE	CANTIDAD
AMBULANCIAS	BÁSICA	1

DETAILLE AMBULANCIAS

JETALLE AMBOLANGIAG.										
TIPO	MODALIDAD	PLACA O MATRÍCULA	AÑO MODELO	NÚMERO TARJETA DE PROPIEDAD						
AMBULANCIA BÁSICA	TERRESTRE	AWQ123	2024	1123456799900						

NOTA: El diligenciamiento en el aplicativo y la presentación de este formulario a la Secretaria 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 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 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.

PETER PARKER, 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 :39495969 -PETER PARKER

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

nen oomo fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS - Formulario de Insoripción ó Reactivación de Prestadores de Servicios de

MBULANCIASYA 0n 7 0

Página: 3 de 3

de impresión: miércoles 00 de marzo de 2024 (11:50 a.m.).

GRUPO	COD	SERVICIO	M-INT	м-ехт	M-UM	M- DOM	M-JS	M-TEL	M-PR	M- PRTI	M- PRTNI	M- PRTE	M- PRTM	M-PRE	M- PRETE	PRET M	L
ATENCIÓN INMEDIATA	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	NO	sı	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	в

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

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	LUNES	MARTES	MIÈRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
ATENCIÓN INMEDIATA	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	00:00A23:59						

#### 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. Protector en inscripción: AMBULANCIAS YA SAS Identificación del prestador en inscripción: NIT-901887652 Representante legal en inscripción: CC :39495969 -PETER PARKER

Página: 2 de 3

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN O REACTIVACIÓN - REPS. Prestador en inscripción: AMBULANCIAS VA SAS Identificación del prestador en inscripción: NIT-901887652 Representante legal en inscripción: CC :39495969 -PETER PARKER



SECRETARÍA DE

SALUD





# INSTRUCTIVOS PARA EL DILIGENCIMIENTO EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD – REPS PARA ENTIDADES DE TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES- TEP:



**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

## **ENTIDAD DE TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES**

Acceder por el siguiente enlace:

<u>https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/ingreso.aspx?ets\_codigo=11</u> El usuario y contraseña deberá registrarlos en los campos ubicados al lado derecho de la pantalla y oprimir el botón ingresar.

Ingresar al ítem Declaración autoevaluación de servicios para la inscripción y registre el cumplimiento de las condiciones de habilitación y seleccionar las condiciones de capacidad técnico administrativas – capacidad suficiencia patrimonial y financiera:

- Cumple con la capacidad técnico administrativa: señale SI
- Cumple con la suficiencia patrimonial y financiera: señale SI

Posteriormente encontrara los servicios habilitados, para cada servicio presione el botón cambiar para que registre SI CUMPLE.

Oprima el botón grabar



### 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

E.	Grabar	M. Nuevo	Buscar	Eliminar	🙆 Ayuda
				24	

### DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS PARA LA INSCRIPCIÓN

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR							
Tipo documento identificación	Nit	<b>v</b>					
Número documento identificación	901887652 - 7						
Nombres y apellidos del Profesional Independiente	AMBULANCIAS VA SAS						
o Razón social del Prestador							
Clase de prestador	Transporte Especial c 💙						
Departamento	Bogotá D.C 💙						
DATOS DE LA SEDE							
Número y nombre de la sede	01-AMBULANCIAS YA		*				
Municipio	BOGOTÁ 🗸 🗸	•					
DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACI	IÓN DE SERVICIOS DE SALUD E	N LA INSCRIPCIÓN					
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							

que es el proceso que usted va a realizar en este formulario. CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA: SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA: CAPACIDAD TECNÓLOGICA Y CIENTÍFICA.								
Seleccionar las condicione Cumple con la Capacidad Té dministrativa? Cumple con la Suficiencia atrimonial y Finaciera?	s:-Capacidad Técnico Administrativa; -Capacidad Suficiencia Patrimor <sup>cnico-</sup> SI V SI V	nial y Financiera.						
Grupo del Servicio	Servicio	Cumple						





# **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 en formato **PDF**.



M. Nuevo

0

16

E.

## 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
 Salir

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

🙆 Ayuda

DATOS GENERALES DEL PRESTAD	OR					
Documento	Nit 🗸					
Número documento	901887652 - 7					
Nombre Prestador	AMBULANCIAS YA SAS					
Clase de Prestador	Transporte Especial c 💙					
Departamento	Bogotá D.C 🗸					
DATOS DE LA SEDE						
Número y nombre de la sede	01-AMBULANCIAS YA					
Municipio	BOGOTÁ 🗸					
IMPRIMIR, formulario declaración de la autoevaluación de servicios en la inscripción.						



## Para terminar, seleccionar el menú Salir.









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: miércoles 06 de marzo de 2024 (12:28 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	TRANS	PORTE ESPECIA	AL DE PACIENTE	S		
2. Nombre y Apellidos del Profesional Independenente o Razón Social del Prestador			AMBULANCIAS YA SAS			
3. Tipo de identificación 4. Número de id			entificación	5. Dígito de verificación	6. Tipo de persona	7. Naturaleza Juridica
NIT 901887652		7	JURIDICO	PRIVADA		
8. Sitio Web https://ambulanciasyasas						

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 2 CARRERA 2				
19. Teléfono principal 20. Teléfono adicional		cional	21. Correo electrónico principal		21. Correo electrónico adicional		
8047410		ambulanciasyas	as@gmail.com				

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

40. Departamento	41. Munic	ipio		42. Centro Poblado		43. Es Sede Principal?
BOGOTÁ D.C	BOGOTÁ			BOGOTÁ, D.C.		SI
44. Nombre de la Sede		AMBULANCIAS YA				
45. Zona 46. Barrio 47.			47. C	. Dirección		
URBANA LA ESPERANZA CAL			CALI	ALLE 2 CARRERA 2		
48. Teléfono principal 49. Teléfono adicional 50.			50. C	0. Correo electrónico principal		i0. Correo electrónico adicional
6805421 ami			ambu	nbulanciasyasas@gmail.com		
51. Nombre del Director	, Gerente	o Responsable			PETER PARKER	

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

1. Tipo de la declaración de autoevaluación de servicios	DECLARACION AUTOEVALUACION DE SERVICIOS PARA EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN O REACTIVACIÓN
--	--

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

	GRUPO COD		DD SERVICIO		CUMPLE DECLARACIÓN
I	FOI Página: 1 de 2	RMULAF	IO DECLARACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS Rep	EN EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN O I Prestador en inscripción: Identificación del prestador en ins presentante legal en inscripción: CC :3949	REACTIVACIÓN - REPS. AMBULANCIAS YA SAS peripción: NIT-901887652 5969 -PETER PARKER



\_\_\_\_\_



			AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS
ATENCIÓN INMEDIATA	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	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.

PETER PARKER, 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 :39495969 -PETER PARKER

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

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

Elaborado por:AMBULANCIASYA Impreso por:AMBULANCIASYA Version 7.0.

Fecha de impresión: miércoles 00 de marzo de 2024 (12:28 p.m.).

FORMULARIO DECLARACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS EN EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN O REACTIVACIÓN - REPS. Prestador en inscripción: AMBULANCIAS YA SAS Identificación del prestador en inscripción: NIT-901887652 Representante legal en inscripción: CC :39495969 -PETER PARKER

DE BOGOTÁ D.C.







# SI QUIERE SABER MAS SOBRE ESTE PROCESO:



Ingresa al siguiente link:

https://drive.google.com/file/d/1\_4k7j00W7Yd2MDect6y9gDwCQlCnj6Ou/view ?usp=sharing

