

INSTRUCTIVOS PARA EL DILIGENCIAMIENTO EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA PROFESIONALES INDEPENDIENTES- PI:



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



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

INSTRUCTIVOS PARA EL DILIGENCIMIENTO EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA PROFESIONALES INDEPENDIENTES- PI:



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

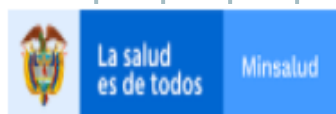
PROFESIONALES INDEPENDIENTES

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 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
Contraseña
Ingresar

[Olvidé la contraseña ...](#)

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**

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.

PROFESIONALES INDEPENDIENTES

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 SIGUIENTE INFORMACIÓN

Digite el nombre del usuario a crear

Comprobar disponibilidad

Contraseña
Nueve caracteres como mínimo y máximo veinte.
Debe tener como mínimo los siguientes caracteres: Mayúsculas, minúsculas y números.

Confirmar Contraseña

Dirección Departamental o Distrital de Salud


Tipo de Identificación

Número de Identificación -

Nombres y Apellidos del **Profesional Independiente** ó Razón Social para otras clases de **PRESTADORES**


Correo electrónico

Confirmar Correo electrónico



Caracteres de seguridad Escriba los 8 caracteres de la imagen

* Al hacer click en **Acepto** manifiesta su conformidad con el buen uso de este formulario.

 **Acepto**

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".

PROFESIONALES INDEPENDIENTES

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.

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 y la(s) norma(s) que la 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.

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



Formul

- 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

Número documento identificación	19876543
Nombres y apellidos del Profesional Independiente ó Razón social del Prestador	Maria Moñitos
Clase de prestador	Profesional Independiente
Tipo de persona	NATURAL
Sitio Web	https://www.mariamofitos
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	
Primer Apellido	Moñitos
Segundo Apellido	
Primer Nombre	Maria
Segundo Nombre	
UBICACIÓN ADMINISTRATIVA	
Departamento	Bogotá D.C
Municipio	BOGOTÁ
Dirección	d 10 # 20 30
Teléfono principal	3153710415
Teléfono adicional	3153710415
Correo electrónico principal	mariamofitos@gmail.com
Confirmar Correo electrónico principal	mariamofitos@gmail.com
Correo electrónico adicional	mariamofitos@gmail.com
Confirmar Correo electrónico adicional	mariamofitos@gmail.com

Grabar Nuevo Buscar Eliminar Ayuda

Sede de Prestación de Servicios



La salud es de todos

Minsalud

Formul

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	Cedula de Ciudadanía
Número doNúmero documento identificación	19876543
Nombres y apellidos del Profesional Independiente ó Razón social del Prestador	Maria Moñitos
Clase de prestador	Profesional Indepenc

DATOS DE LA SEDE

Número de la Sede	01
Nombre de la sede	Maria Moñitos
Es sede principal?	SI
Departamento	Bogotá D.C
Municipio	BOGOTÁ
Centro poblado	BOGOTÁ, D.C.
Zona	URBANA
Dirección	cl 10 # 20 30
Barrio	las cruces
Teléfono principal	3153710415
Teléfono Teléfono adicional	3153710415
Correo electrónico principal	mariamoñitos@gmail.com
Confirmar Correo electrónico principal	
Correo electrónico adicional	mariamoñitos@gmail.com
Confirmar Correo electrónico adicional	

Grabar Nuevo Buscar Eliminar Ayuda



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD



Servicios y capacidad instalada:

La salud es de todos Minsalud

Formulario de Inscripción ó Reactivación en SECRETARÍA DIST

Departamento: Bogotá D.C.

DATOS DE LA SEDE

Número y nombre de la sede: 01-Maria Mojitas

Municipio: BOGOTÁ

SERVICIOS DE SALUD

Grupo del Servicio: Consulta Externa

Servicio: 310-ENDOCRINOLOGÍA

HORARIOS DEL SERVICIO

Día	Hora inicio:HH	MM	Hora final:HH	MM	Adicionar +	Copiar	Eliminar -
Lunes	09:00	17:00					
Martes	09:00	17:00					
Miércoles	09:00	17:00					
Jueves	09:00	17:00					
Viernes	09:00	17:00					
Sábado							
Domingo							

MODALIDAD DEL SERVICIO

Intramural: Intramural

Extramural: Unidad Móvil Domiciliario Jornada de Salud Extramural

Telemedicina: Prestador de Referencia Prestador Remisor

Telemedicina interactiva Telexperticia Telemedicina no interactiva Telemonitoreo Telexperticia Telemonitoreo

COMPLEJIDAD DEL SERVICIO

Complejidad: MEDIANA

ESPECIFICIDAD DEL SERVICIO

Especificidades: 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: 0

Número de CONSULTORIOS-Consulta Externa: 1

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

Ingrese al menú ubicado a la izquierda **IMPRIMIR FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN** y oprima sobre la barra **IMPRIMIR formulario**, el cual se descargará automáticamente.

Hacer las cosas Bien Trae cosas Buenas

- 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

IMPRIMIR FORMULARIO INSCRIPCIÓN

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Documento: Cedula de Ciudadanía
Número documento: 19876543 -
Nombre Prestador: María Moñitos
Clase de Prestador: Profesional Independi
Departamento: Bogotá D.C

DATOS DE LA SEDE

Número y nombre de la sede: 01-María Moñitos
Municipio: BOGOTÁ

IMPRIMIR, formulario de inscripción.

Grabar Nuevo Buscar Eliminar Ayuda

Al seleccionar la opción **IMPRIMIR FORMULARIO INSCRIPCIÓN**, permite descargar y guardar dicho formulario en formato PFD:

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

Fecha de impresión: lunes 04 de marzo de 2024 (10:05 a.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

5. Fecha Vencimiento 6. Entidad Territorial de Salud, que registra la inscripción en el REPS SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, dependencias.

A. IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

8. Clase de prestador: PROFESIONAL INDEPENDIENTE
9. Nombre y Apellidos del Profesional Independiente o Razón Social del Prestador: MARÍA MOÑITOS

10. Tipo de identificación 11. Número de identificación 12. Dígito de verificación 13. Tipo de persona 14. Naturaleza Jurídica
CEDULA DE CIUDADANÍA 19876543 0 NATURAL PRIVADA

15. Sitio Web: https://www.mariamonitos.com

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 CL 10 # 80 30

19. Teléfono principal 20. Teléfono adicional 21. Correo electrónico principal 22. Correo electrónico adicional
3153710415 3153710415 mariamonitos@gmail.com mariamonitos@gmail.com

Representante Legal

23. Primer Apellido 24. Segundo Apellido 25. Primer Nombre 26. Segundo Nombre

27. Tipo de identificación 28. Número de identificación 29. Forma de vinculación 30. Fecha de vinculación (AAAA/MM/DD)

Acto de constitución

31. Número de Acto 32. Fecha de Acto (AAAA/MM/DD)

33. Entidad que expide 34. Ciudad de expedición

Prestadores Públicos

35. Carácter Territorial 36. Nivel de atención 37. Empresa Social del Estado - ESE

Prestadores Privados o Mistos

38. Prestador Privado o Mistro 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: MARÍA MOÑITOS

45. Zona 46. Barrio 47. Dirección
URBANA LAS CRUCES CL 10 # 80 30

48. Teléfono principal 49. Teléfono adicional 50. Correo electrónico principal 51. Correo electrónico adicional
3153710415 3153710415 mariamonitos@gmail.com mariamonitos@gmail.com

52. Nombre del Director, Gerente o Responsable

C. SERVICIOS OFRECIDOS EN LA SEDE.

GRUPO	COD	SERVICIO	M-INT	M-EXT	M-UM	M-UDM	M-JS	M-TEL	M-PR	M-PRTE	M-PRTE	M-PRTE	M-PRTE	M-PRTE	M-PRTE	M-PRTE	M-PRTE	M-PRTE	M-PRTE	COMP	
CONSULTA EXTERNA	310	ENDOCRINOLOGIA	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	M
CONSULTA EXTERNA	308	MEDICINA GENERAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	B

CONVENCIÓNES:

M-INT: Modalidad Interambulancia
M-EXT: Modalidad Extambulancia
M-UM: Modalidad Unidad Móvil
M-UDM: Modalidad Unidad Móvil Dominio de Salud
M-JS: Modalidad Jornada de Salud
M-TEL: Modalidad Telemédica
M-PR: Modalidad Prestador Referencia-Telemédica Interactiva
M-PRTE: Modalidad Prestador Referencia-Telemédica No Interactiva
M-PRTE: Modalidad Prestador Referencia-Telemédica Teleservicio
M-PRTE: Modalidad Prestador Referencia-Telemédica Teleservicio
M-PRTE: Modalidad Prestador Referencia-Telemédica Teleservicio
M-PRTE: Modalidad Prestador Referencia-Telemédica Teleservicio
M-PRTE: Modalidad Prestador Referencia-Telemédica Teleservicio
M-PRTE: Modalidad Prestador Referencia-Telemédica Teleservicio

M-PRTE: Modalidad Prestador Referencia-Telemédica Teleservicio
M-PRTE: Modalidad Prestador Referencia-Telemédica Teleservicio
M-PRTE: Modalidad Prestador Referencia-Telemédica Teleservicio
M-PRTE: Modalidad Prestador Referencia-Telemédica Teleservicio

HORARIO 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	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
CONSULTA EXTERNA	310	ENDOCRINOLOGIA	09:00:17:00	09:00:17:00	09:00:17:00	09:00:17:00	09:00:17:00		
CONSULTA EXTERNA	308	MEDICINA GENERAL	09:00:17:00	09:00:17:00	09:00:17:00	09:00:17:00	09:00:17:00		

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

No se encontraron registros de prestadores de referencia para teledicinas.

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

No se encontraron registros de especialidades de los servicios en la inscripción.

D. CAPACIDAD INSTALADA.

GRUPO	NOMBRE	CANTIDAD
CONSULTORIOS	CONSULTA EXTERNA	1
SALAS	PROCEDIMIENTOS	0

DETALLE AMBULANCIAS:

No se encontraron registros para la inscripción de la capacidad instalada de ambulancias para esta sede de prestador de servicios de salud.

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.

MARIA MOÑITOS, declaro que la información presentada en este formulario es veraz y que cumplo con los requisitos y condiciones definidos en la legislación legal vigente para la habilitación de servicios de salud.

Firma del Profesional Independiente
CC: 19876543-MARIA MOÑITOS

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: María Moñitos
Fecha de impresión: lunes 04 de marzo de 2024 (10:05 a.m.)

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN O REACTIVACIÓN - REPS. Prestador en inscripción: MARÍA MOÑITOS. Identificación del prestador en inscripción: CEDULA DE CIUDADANÍA 19876543. Profesional Independiente en inscripción: CC 19876543 MARIA MOÑITOS

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN O REACTIVACIÓN - REPS. Prestador en inscripción: MARÍA MOÑITOS. Identificación del prestador en inscripción: CEDULA DE CIUDADANÍA 19876543. Profesional Independiente en inscripción: CC 19876543 MARIA MOÑITOS

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN O REACTIVACIÓN - REPS. Prestador en inscripción: MARÍA MOÑITOS. Identificación del prestador en inscripción: CEDULA DE CIUDADANÍA 19876543. Profesional Independiente en inscripción: CC 19876543 MARIA MOÑITOS



SECRETARÍA DE SALUD



INSTRUCTIVOS PARA EL DILIGENCIMIENTO EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA PROFESIONALES INDEPENDIENTES- PI:



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

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

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

Chequee la casilla correspondiente a: Seleccionar las condiciones: -Capacidad Técnico-Administrativa; - Capacidad Suficiencia Patrimonial y Financiera:

- En ¿Cumple con la capacidad Técnico-Administrativa? seleccione **NO APLICA**.
- En ¿Cumple con la Suficiencia Patrimonial y Financiera? seleccione **NO APLICA**.

Para los servicios de salud relacionados en el formulario oprima el botón **CAMBIAR** hasta que aparezca la opción **SI** en el campo **CUMPLE** y oprima el botón **GRABAR**, como se evidencia en la siguiente imagen.

Tener en cuenta que para Profesionales Independientes únicamente aplican las condiciones tecnológicas y científicas (Siete estándares de habilitación).

- 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

DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS PARA LA INSCRIPCIÓN

*** INFORMACIÓN GRABADA ***

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Tipo documento identificación: Cedula de Ciudadanía
 Número documento identificación: 19876543
 Nombres y apellidos del Profesional Independiente: Maria Moñitos
 Razón social del Prestador:
 Clase de prestador: Profesional Independi
 Departamento: Bogotá D.C.

DATOS DE LA SEDE

Número y nombre de la sede: 01-Maria Moñitos
 Municipio: BOGOTÁ

DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN 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 y la(s) norma(s) que la modifique o sustituya.), 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? **NO APLI**

¿Cumple con la Suficiencia Patrimonial y Financiera? **NO APLI**

Grupo del Servicio	Servicio	Cumple	
Consulta Externa	310 - ENDOCRINOLOGÍA	SI	Cambiar
Consulta Externa	328 - MEDICINA GENERAL	SI	Cambiar

Grabar Nuevo Buscar Eliminar Ayuda



Ingrese al menú ubicado a la izquierda **IMPRIMIR FORMULARIO DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS PARA LA INSCRIPCIÓN:**

- 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

IMPRIMIR FORMULARIO DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS PARA LA INSCRIPCIÓN

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Documento: Cedula de Ciudadanía
 Número documento: 19876543 -
 Nombre Prestador: Maria Moñitos
 Clase de Prestador: Profesional Independi
 Departamento: Bogotá D.C


DATOS DE LA SEDE

Número y nombre de la sede: 01-Maria Moñitos
 Municipio: BOGOTÁ

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

Grabar Nuevo Buscar Eliminar Ayuda

Al seleccionar la opción **IMPRIMIR FORMULARIO DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS PARA LA INSCRIPCIÓN**, permite descargar y guardar dicho formulario en formato PFD:



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: lunes 04 de marzo de 2024 (9:58 a.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: PROFESIONAL INDEPENDIENTE				
2. Nombre y Apellidos del Profesional Independiente o Razón Social del Prestador: MARIA MOÑITOS				
3. Tipo de identificación	4. Número de identificación	5. Dígito de verificación	6. Tipo de persona	7. Naturaleza Jurídica
CEDULA DE CIUDADANÍA	19876543	0	NATURAL	PRIVADA
8. Sitio Web: https://www.mariamofitos				

Ubicación del Profesional Independiente o de la Sede Administrativa del Prestador de Servicios de Salud

16. Departamento: BOGOTÁ D.C			17. Municipio: BOGOTÁ		18. Dirección: CL 10 # 20 30	
19. Teléfono principal	20. Teléfono adicional	21. Correo electrónico principal	22. Correo electrónico adicional			
3153710415	3153710415	mariamofitos@gmail.com	mariamofitos@gmail.com			

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

40. Departamento: BOGOTÁ D.C	41. Municipio: BOGOTÁ	42. Centro Poblado: BOGOTÁ, D.C.	43. Es Sede Principal?: SI
44. Nombre de la Sede: MARIA MOÑITOS			
45. Zona: URBANA	46. Barrio: LAS CRUCES	47. Dirección: CL 10 # 20 30	
48. Teléfono principal	49. Teléfono adicional	50. Correo electrónico principal	50. Correo electrónico adicional
3153710415	3153710415	mariamofitos@gmail.com	mariamofitos@gmail.com
51. Nombre del Director, Gerente o Responsable			

C. TIPO DECLARACION DE LA AUTOEVALUCION 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 AUTOEVALUCION 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: MARIA MOÑITOS
 Identificación del prestador en inscripción: CEDULA DE CIUDADANÍA-19876543
 Profesional independiente en inscripción: CC-19876543-MARIA MOÑITOS

			AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS
CONSULTA EXTERNA	310	ENDOCRINOLOGÍA	SI
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 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.

MARIA MOÑITOS , 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 Profesional Independiente
 CC:19876543-MARIA MOÑITOS

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 Maria Moñitos
 Impreso por Maria Moñitos
 Versión 7.0.
 Fecha de impresión: lunes 04 de marzo de 2024 (9:58 a.m.).

FORMULARIO DECLARACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS EN EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN O REACTIVACIÓN - REPS.
 Prestador en inscripción: MARIA MOÑITOS
 Identificación del prestador en inscripción: CEDULA DE CIUDADANÍA-19876543
 Profesional independiente en inscripción: CC-19876543-MARIA MOÑITOS

Página: 1 de 2



SECRETARÍA DE SALUD

