



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

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

Adoptado mediante circular 0076 de 02 de noviembre de 2007

Antes de diligenciar el formulario, por favor lea cuidadosamente el instructivo.
Formulario de distribución gratuita. Prohibida su venta.

v.4.0

Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud														
76	001	08077	01	2010	12	13	02438	76	001	08077	01			
Dep	Mun	Consecutivo	Sede	(Año)	(Mes)	(Día)		Dep	Mun	Consecutivo	Sede			
(Año)	(Mes)	(Día)		(Año)	(Mes)	(Día)		S. D. S. del Valle						
8. Clase de Prestador														
Instituciones - IPS														
9. Nombres y Apellidos del Profesional Independiente o Razón Social de la IPS														
FABILU LTDA - CLINICA COLOMBIA ES														
10. Tipo Identificación			11. Número			12. DV			13. Tipo de Persona					
Nit			900242742			1			JURIDICO					
14. Naturaleza Jurídica														
Privada														
15. Sitio Web														
Ubicación del Profesional Independiente o de la Sede Administrativa de la IPS														
16. Departamento				17. Municipio				18. Dirección						
Valle del cauca				CALI				CRA 46 N 9C 85						
19. Teléfono				20. Fax				21. Correo Electrónico						
4850285				4850285				clinicacolombiaes@clinicacolombiaes.com						
Representante Legal														
22. Primer Apellido			23. Segundo Apellido			24. Primer Nombre			25. Segundo Nombre					
CORDON			ASTROZ			LIBARDO								
26. Tipo Identificación			27. Número			28. Forma de Vinculación								
CC			14233294											
Prestadores Públicos														
29. Carácter Territorial				30. Nivel de Atención				31. Empresa Social Estado						
32. Acto de Constitución				33. Número de Acto				34. Fecha de Acto						
Prestadores Privados y Mixtos														
35. Acto de Constitución				36. Número de Acto				37. Fecha de Acto						
Matricula Mercantil				0002539				20080903						
38. Entidad que Expide						39. Ciudad de Expedición								
NOTARIA 33						BOGOTA								
Prestadores Indígenas														
Acto de Constitución														
41. Número de Acto				42. Fecha de Acto				43. Entidad que Expide						
38. Entidad que Expide						39. Ciudad de Expedición								
44. Departamento				45. Municipio				46. Centro Poblado		47. Es Sede Principal?				
Valle del cauca				CALI				SANTIAGO DE CALI		SI				
48. Nombre de la Sede														
CLINICA COLOMBIA ES														
49. Zona				50. Barrio				51. Dirección						
URBANA				CAMBULOS				CRA 46 N 9C 85						
52. Teléfono			53. Fax			54. Correo Electrónico								
4850285			4850285			clinicacolombiaes@clinicacolombiaes.com								
55. Nombre del Director, Gerente o Responsable														
JUAN DE DIOS VILLEGAS PEREA														
56. Horario de atención														
Domingo			Lunes			Martes			Miércoles			Jueves		
00 a 24			00 a 24			00 a 24			00 a 24			00 a 24		
Viernes			Sábado											

00 a 24	00 a 24																																																																																																																																																					
Camas																																																																																																																																																						
57. Pediátricas	58. Adultos 58	59. Obstetricia	60. Cuidado Intermedio Neonatal																																																																																																																																																			
61. Cuidado Intensivo Neonatal 25	62. Cuidado Intermedio Pediátrico		63. Cuidado Intensivo Pediátrico																																																																																																																																																			
64. Cuidado Intermedio Adulto 9	65. Cuidado Intensivo Adulto 9		66. Quemados Adultos																																																																																																																																																			
67. Quemados Pediátricos	68. Farmacodependencia		69. Salud Mental Psiquiatria																																																																																																																																																			
70. Cuidado Agudo Mental	71. Cuidado Intermedio Mental																																																																																																																																																					
Salas																																																																																																																																																						
72. Salas de Quirófano 2	73. Salas de Partos																																																																																																																																																					
Ambulancias																																																																																																																																																						
74. Tipo	75. Modalidad	76. Placa o Matricula	77. Año Modelo	78. Número Tarjeta de Propiedad																																																																																																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="3">Grupo</th> <th rowspan="3">Servicio</th> <th colspan="7">Modalidad</th> <th colspan="3">Complejidad</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Intramural</th> <th colspan="3">Extramural</th> <th colspan="2">Telemedicina</th> <th rowspan="2">Baja</th> <th rowspan="2">Media</th> <th rowspan="2">Alta</th> </tr> <tr> <th>Ambu</th> <th>Hosp</th> <th>Móvil</th> <th>Dom</th> <th>Otras</th> <th>CR</th> <th>IR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hospitalario</td> <td>101. GENERAL ADULTOS</td> <td></td> <td>SI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td>SI</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>Hospitalario</td> <td>107. CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS</td> <td></td> <td>SI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td></td> <td>SI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hospitalario</td> <td>108. CUIDADO INTENSIVO NEONATAL</td> <td></td> <td>SI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td></td> <td></td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>Hospitalario</td> <td>110. CUIDADO INTENSIVO ADULTOS</td> <td></td> <td>SI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td></td> <td></td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>Quirúrgico</td> <td>203. CIRUGIA GENERAL</td> <td>SI</td> <td>SI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>NO</td> <td>SI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Quirúrgico</td> <td>204. CIRUGIA GINECOLOGICA</td> <td>SI</td> <td>SI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>SI</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>Quirúrgico</td> <td>217. CIRUGIA ABDOMINAL</td> <td>SI</td> <td>SI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>SI</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica</td> <td>709. ONCOLOGÍA CLÍNICA</td> <td>SI</td> <td>SI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td></td> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica</td> <td>719. ULTRASONIDO</td> <td>SI</td> <td>SI</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>NO</td> <td>NO</td> <td></td> <td>SI</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Grupo	Servicio	Modalidad							Complejidad			Intramural		Extramural			Telemedicina		Baja	Media	Alta	Ambu	Hosp	Móvil	Dom	Otras	CR	IR	Hospitalario	101. GENERAL ADULTOS		SI					NO	NO	NO	SI	SI	Hospitalario	107. CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS		SI					NO	NO		SI		Hospitalario	108. CUIDADO INTENSIVO NEONATAL		SI					NO	NO			SI	Hospitalario	110. CUIDADO INTENSIVO ADULTOS		SI					NO	NO			SI	Quirúrgico	203. CIRUGIA GENERAL	SI	SI							NO	SI		Quirúrgico	204. CIRUGIA GINECOLOGICA	SI	SI								SI	SI	Quirúrgico	217. CIRUGIA ABDOMINAL	SI	SI								SI	SI	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	709. ONCOLOGÍA CLÍNICA	SI	SI					NO	NO		NO	SI	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	719. ULTRASONIDO	SI	SI					NO	NO		SI	
Grupo	Servicio	Modalidad							Complejidad																																																																																																																																													
		Intramural		Extramural			Telemedicina		Baja	Media	Alta																																																																																																																																											
		Ambu	Hosp	Móvil	Dom	Otras	CR	IR																																																																																																																																														
Hospitalario	101. GENERAL ADULTOS		SI					NO	NO	NO	SI	SI																																																																																																																																										
Hospitalario	107. CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS		SI					NO	NO		SI																																																																																																																																											
Hospitalario	108. CUIDADO INTENSIVO NEONATAL		SI					NO	NO			SI																																																																																																																																										
Hospitalario	110. CUIDADO INTENSIVO ADULTOS		SI					NO	NO			SI																																																																																																																																										
Quirúrgico	203. CIRUGIA GENERAL	SI	SI							NO	SI																																																																																																																																											
Quirúrgico	204. CIRUGIA GINECOLOGICA	SI	SI								SI	SI																																																																																																																																										
Quirúrgico	217. CIRUGIA ABDOMINAL	SI	SI								SI	SI																																																																																																																																										
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	709. ONCOLOGÍA CLÍNICA	SI	SI					NO	NO		NO	SI																																																																																																																																										
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	719. ULTRASONIDO	SI	SI					NO	NO		SI																																																																																																																																											

COMO REPRESENTANTE LEGAL DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD ARRIBA IDENTIFICADA O COMO PROFESIONAL INDEPENDIENTE, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN ESTE FORMULARIO ES VERAZ Y QUE CUMPO CON LOS REQUISITOS Y CONDICIONES DEFINIDOS EN LA REGLAMENTACIÓN LEGAL VIGENTE PARA LA HABILITACIÓN.

Jio - L

Firma del Representante Legal o Profesional Independiente

No Identificación 14.233294

	Prestador	Entidad Territorial
Presenta PAMEC (Para IPS)	SI	SI
Presenta Autoevaluación	SI	SI
Fotocopia del acto de creación o constitución del prestador según naturaleza jurídica	SI	SI
Certificación del revisor fiscal o contador según aplique	SI	SI
Fotocopia del NIT	SI	SI
Para profesional independiente, copia del diploma de profesional o especialista según le aplique.		
Transporte asistencial básico o medicalizado, certificado de revisión técnico-mecánica con vigencia NO superior a un año		