



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

1. Código de Prestador Principal				2. Fecha Inscripción			3. No. Radicación		4. Código de Sede			
76	001	02072	01	2010	02	08	00214		76	001	02072	01
Dep	Mun	Consecutivo	Sede	(Año)	(Mes)	(Día)			Dep	Mun	Consecutivo	Sede

5. Fecha Renovación			6. Fecha Vencimiento			7. Entidad que registra					
(Año)	(Mes)	(Día)	(Año)	(Mes)	(Día)	Ministerio de Salud del Valle					

A. IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR

8. Clase de Prestador											
Instituciones - IPS											
9. Nombres y Apellidos del Profesional Independiente o Razón Social de la IPS											
SANTILLANA S.A.											
10. Tipo Identificación			11. Número			12. DV		13. Tipo de Persona			
Nit			805023735			4		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			KR 46 # 9C- 85					
19. Teléfono			20. Fax			21. Correo Electrónico					
5548224			5548224			santillanasa@uniweb.net.co					

Representante Legal

22. Primer Apellido			23. Segundo Apellido			24. Primer Nombre			25. Segundo Nombre		
OROZCO			ESTRADA			NELSON					
26. Tipo Identificación			27. Número			28. Forma de Vinculación					
CC			15381568								

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					
Matrícula Mercantil			587643-4			20020628					
38. Entidad que Expide						39. Ciudad de Expedición					
CAMARA DE COMERCIO DE CALI						CALI					

Prestadores Indígenas

40. Acto de Constitución											
41. Número de Acto			42. Fecha de Acto			43. Entidad que Expide					
38. Entidad que Expide						39. Ciudad de Expedición					

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

44. Departamento			45. Municipio			46. Centro Poblado			47. Es Sede Principal?		
Valle del cauca			CALI						SI		
48. Nombre de la Sede											
CLINICA SANTILLANA NATAN S.A.											
49. Zona				50. Barrio				51. Dirección			

URBANA		TEQUENDAMA		KR 46 # 9C - 85								
52. Teléfono		53. Fax		54. Correo Electrónico								
5548224		5548224		santillanasa@uniweb.net.co								
55. Nombre del Director, Gerente o Responsable												
NELSON OROZCO ESTRADA												
56. Horario de atención												
Domingo		Lunes		Martes								
00 a 24		00 a 24		00 a 24								
Miércoles		Jueves										
00 a 24		00 a 24										
C. CAPACIDAD INSTALADA												
Camas												
57. Pediátricas		58. Adultos		59. Obstetricia								
		8										
61. Cuidado Intensivo Neonatal		62. Cuidado Intermedio Pediátrico		63. Cuidado Intensivo Pediátrico								
64. Cuidado Intermedio Adulto		65. Cuidado Intensivo Adulto		66. Quemados Adultos								
16												
67. Quemados Pediátricos		68. Farmacodependencia		69. Salud Mental Psiquiatría								
70. Cuidado Agudo Mental		71. Cuidado Intermedio Mental										
Salas												
72. Salas de Quirófano		73. Salas de Partos										
4		2										
Ambulancias												
74. Tipo		75. Modalidad		76. Placa o Matrícula								
				77. Año Modelo								
				78. Número Tarjeta de Propiedad								
E. SERVICIOS OFRECIDOS EN LA SEDE												
Grupo	Servicio	Modalidad							Complejidad			
		Intramural		Extramural			Telemedicina		Baja	Media	Alta	
		Ambu	Hosp	Móvil	Domic	Otras	CR	IR				
Hospitalario	101. GENERAL ADULTOS		SI					NO	NO	NO	SI	NO
Hospitalario	107. CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS		SI					NO	NO		SI	
Quirúrgico	203. CIRUGIA GENERAL	NO	SI							NO	SI	
Quirúrgico	206. CIRUGIA NEUROLÓGICA	NO	SI								SI	NO
Quirúrgico	207. CIRUGIA ORTOPEDICA	NO	SI								SI	NO
Quirúrgico	213. CIRUGIA PLASTICA Y ESTÉTICA	SI	SI								SI	NO
Consulta Externa	301. ANESTESIA	SI						NO	NO		SI	
Consulta Externa	305. CIRUGIA NEUROLÓGICA	SI			NO			NO	NO		SI	
Consulta Externa	306. CIRUGIA PEDIÁTRICA	SI		NO	NO			NO	NO		SI	
Consulta Externa	308. DERMATOLOGÍA	SI		NO	NO			NO	NO		SI	
Consulta Externa	311. ENDODONCIA	SI		NO							SI	
Consulta Externa	312. ENFERMERÍA	SI		NO	NO				NO	SI		
Consulta Externa	313. ESTOMATOLOGÍA	SI		NO				NO	NO		SI	
Consulta Externa	314. FISIOTERAPIA	SI		NO	NO			NO	NO	SI		
Consulta Externa	323. INFECTOLOGÍA	SI						NO	NO		SI	
Consulta Externa	327. MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	SI			NO			NO	NO		SI	
Consulta Externa	328. MEDICINA GENERAL	SI		NO	NO			NO	NO	SI		
Consulta Externa	329. MEDICINA INTERNA	SI		NO	NO			NO	NO		SI	
Consulta Externa	332. NEUROLOGIA	SI		NO	NO			NO	NO		SI	
Consulta Externa	339. ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	SI		NO	NO			NO	NO		SI	
Consulta Externa	340. OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI		NO	NO			NO	NO		SI	
Consulta Externa	369. CIRUGIA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	SI		NO	NO			NO	NO		SI	
Apoyo Diagnóstico y												

Complementación Terapéutica	703. ENDOSCOPIA DIGESTIVA	SI	NO					NO	NO		SI	NO
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	706. LABORATORIO CLINICO	SI	NO	NO				NO	NO	SI	SI	NO
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	709. ONCOLOGÍA CLÍNICA	SI	NO					NO	NO		SI	NO
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	710. RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOST.	SI	NO					NO	NO	SI	SI	NO
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	713. TRANSFUSIÓN SANGUINEA		SI							NO	SI	
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	714. SERVICIO FARMACÉUTICO	SI	SI							NO	SI	SI
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	717. LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	SI	NO					NO	NO	NO	SI	
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	718. LABORATORIO DE PATOLOGÍA	SI	NO					NO	NO		SI	
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	721. ESTERILIZACIÓN	SI	NO					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 CUMPLÓ CON LOS REQUISITOS Y CONDICIONES DEFINIDOS EN LA REGLAMENTACIÓN LEGAL VIGENTE PARA LA HABILITACIÓN.

Firma del Representante Legal o Profesional Independiente

No Identificación _____

VERIFICACIÓN DE ANEXOS AL FORMULARIO		
	Prestador	Entidad Territorial
Presenta PAMEC (Para IPS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Presenta Autoevaluación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fotocopia del acto de creación o constitución del prestador según naturaleza jurídica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Certificación del revisor fiscal o contador según aplique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fotocopia del NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Para profesional independiente, copia del diploma de profesional o especialista según le aplique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte asistencial básico o medicalizado, certificado de revisión técnico-mecánica con vigencia NO superior a un año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Terapéutica	PATOLOGÍA																		
-------------	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 CUMPLO CON LOS REQUISITOS Y CONDICIONES DEFINIDOS EN LA REGLAMENTACIÓN LEGAL VIGENTE PARA LA HABILITACIÓN.

[Handwritten Signature]

 Firma del Representante Legal o Profesional Independiente
 No Identificación 15.381568

VERIFICACIÓN DE ANEXOS AL FORMULARIO		
	Prestador	Entidad Territorial
Presenta PAMEC (Para IPS)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Presenta Autoevaluación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fotocopia del acto de creación o constitución del prestador según naturaleza jurídica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Certificación del revisor fiscal o contador según aplique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fotocopia del NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Para profesional independiente, copia del diploma de profesional o especialista según le aplique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte asistencial básico o medicalizado, certificado de revisión técnico-mecánica con vigencia NO superior a un año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[Handwritten mark]