



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA FOSYGA



FORMULARIO DE CREACION Y/O ACTUALIZACION DE DATOS DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD ANTE LA SUBCUENTA ECAT

Fecha	DD	MM	AA

DATOS BASICOS

NOMBRE DE LA ENTIDAD:	
NIT:	
DIRECCION DE NOTIFICACION:	
CORREO ELECTRONICO (Institucional)	
TELEFONO:	

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN

	Marcar	Folios
Fotocopia legible del RUT		
Certificado de existencia y representacion legal original con fecha de expedición no mayor a 60 días.		
Certificación Bancaria de cuenta corriente o de ahorros en original, generada por la entidad financiera, con fecha de expedición no mayor a tres (3) meses, cuyo titular sea la IPS beneficiaria, donde indique tipo de cuenta, número, estado, fecha de apertura, sucursal y nombre e identificación del titular.		
Copia de Resolución de nombramiento y acta de posesión del representante legal (entidades públicas)		
Copia de Acto Administrativo de creación de la entidad (entidades públicas)		
Fotocopia legible y vigente del documento de identificación del representante legal con huella dactilar y firma (ampliada al 150%).		
Fotocopia del documento de identificación y de la tarjeta profesional vigente del revisor fiscal de la entidad (si está obligada a tenerlo, si no, la del contador público), firmadas por este último		
Relación del (de los) código(s) de habilitación del prestador que registrará para la radicación de reclamaciones.		

SI ACTUA POR INTERMEDIO DE APODERADO

	Marcar	Folios
Poder original dirigido al FOSYGA debidamente otorgado a Profesional de Derecho (Con reconocimiento de firma y huella del poderdante y del apoderado ante Notario público o Juez) el poder debe detallar las facultades otorgadas al apoderado.		
Fotocopia legible Tarjeta Profesional del Abogado (ampliada al 150%)		
Fotocopia legible del documento de identificación del abogado (ampliada al 150%) - con impresión de huella dactilar		
Fotocopia legible del documento de identificación del Representante Legal (ampliada al 150%)		

NOMBRES Y FIRMAS

_____ Nombre : Representante Legal Principal	
_____ Nombre : Representante Legal Suplente	_____ Nombre : Revisor Fiscal o Contador

N° folios anexos para el trámite

--