

Conforme al artículo 13 de la Resolución 12758 del 2023 de la ADRES, se adopta el formulario de creación y/o actualización de datos de las IPS ante la ADRES:

### 6. Formulario de registro y/o actualización de IPS ante la ADRES

		ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS										
DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES												
FORMULARIO DE CREACION Y/O ACTUALIZACION DE DATOS DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD												
TIPO DE REGISTRO		NUEVO _____ ACTUALIZACIÓN _____		Fecha		<table border="1"> <tr> <td>DD</td> <td>MM</td> <td>AA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DD	MM	AA			
DD	MM	AA										
DATOS BASICOS												
NOMBRE DE LA ENTIDAD:												
NIT:												
DIRECCION DE NOTIFICACION:												
CORREO ELECTRÓNICO												
TELEFONO:												
DOCUMENTOS APORTADOS PARA LA CREACIÓN Y ACTUALIZACIÓN												
						Marcar	Folios					
Fotocopia legible del RUT actualizado												
Certificado de existencia y representación 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.												
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.												
Oficio remitario en el que indica la información que desea actualizar												
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%)												
<p><b>Nota:</b> Con la firma de este documento, usted autoriza que la información consignada en el proceso de registro será la que se utilice para efectos de remitir: i) usuarios y contraseñas, ii) resultados de las validaciones de la etapa de radicación, iii) comunicación de resultados de auditoría y iv) respuesta a solicitudes relacionadas con las reclamaciones; por lo que es responsabilidad exclusiva de los Prestadores de Servicios de Salud actualizar estos documentos inmediatamente se registre algún cambio en los datos consignados en ellos.</p>												
NOMBRES Y FIRMAS												
<p>Nombre : _____ Representante Legal Principal</p> <p>Nombre : _____ Representante Legal Suplente</p> <p>Nombre : _____ Revisor Fiscal o Contador</p>												
N° folios anexos para el trámite												