

## Cómo Diligenciar el formulario de inscripción

Solo si usted cumple con todas las condiciones del instrumento de autoevaluación que aplican para la prestación de sus servicios, ingrese al formulario de inscripción.

- a) En la página web de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia [www.dssa.gov.co](http://www.dssa.gov.co), seleccione el menú "Trámites" y haga clic en "Formularios".



- b) Haga clic sobre "Formulario de Inscripción de Prestadores de Salud".

The image shows a screenshot of the 'GESTION DE TRAMITES' page. The page is divided into two main sections: 'GESTION DE TRAMITES' on the left and 'PROCESO GESTIÓN DE TRÁMITES' on the right. The 'GESTION DE TRAMITES' section lists various health-related services, including 'EXPEDICIÓN O RENOVACIÓN DE LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS DE RAYOS X', 'CARNÉ DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA', and 'CARNÉ DE APLICADOR DE PLAGUICIDAS'. A red circle highlights the link 'Formulario de Inscripción de Prestadores de Salud' under the heading 'Diligencie los siguientes Formularios según caso'. The 'PROCESO GESTIÓN DE TRÁMITES' section contains three informational boxes: 'Esta es la Pagina de Trámites de la Gobernación de Antioquia', 'Haz Click aqui para conocer cual tramite puede realizar por internet.', and '¿Desea solicitar su pasaporte?'. The bottom right box includes the text 'ACCEDE AQUÍ AL PORTAL DEL ESTADO COLOMBIANO' and 'En este sitio podra'.

c) Haga clic en "Registrarse".

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

---

Si usted es un usuario nuevo y aún no posee contraseña ingrese por la opción Registrarse.

**Registrarse**

Usuario

Contraseña

**Ingresar**

Olvidé la contraseña ...



\* 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 podrá ofertar ni prestar servicios de salud.

d) Aparecerá en pantalla el siguiente formulario de registro, diligencie la información solicitada.

**REGISTRO DE USUARIO NUEVO**

**Antes de registrarse, por favor tenga en cuenta que:**

- Debe registrarse únicamente con el fin de realizar el diligenciamiento del Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud V 4.0, adoptado mediante Circular 0076 del 02 de noviembre de 2007.
- 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.
- La información suministrada será verificada por la Dirección Departamental o Distrital de Salud, para efectos de su incorporación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.
- El usuario y la información diligenciada, tendrán vigencia de un mes, si transcurrido este lapso no se ha presentado ante la Dirección Departamental o Distrital de Salud, será Eliminada.
- Consulte las normas vigentes de Habilitación [Aquí](#)

PARA REGISTRARSE, DIGITE LA SIGUIENTE INFORMACION

Crear un usuario	<input type="text"/>
	<b>Comprobar disponibilidad</b>
Contraseña	<input type="password"/>
	Seis caracteres como mínimo; con distinción de mayúsculas y minúsculas
Confirmar Contraseña	<input type="password"/>
Dirección Departamental o Distrital de Salud	Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia ▾
Tipo de Identificación	<input type="text"/>
Número de Identificación	<input type="text"/>
Nombres y Apellidos del Profesional Independiente o Razón Social de la IPS	<input type="text"/>
Correo Electrónico	<input type="text"/>

999556WJ 

e) Una vez creado su nombre de usuario y contraseña, ingrese y diligencie el formulario. Comience con los datos de identificación del prestador.



This screenshot shows the "IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR" section of the form. The form is titled "IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR" and contains the following fields:

- Tipo documento identificación:
- Número documento identificación:
- Nombres y apellidos del PI o Razón social de la IPS:
- Clase de prestador:
- Tipo de persona:
- Sitio Web:

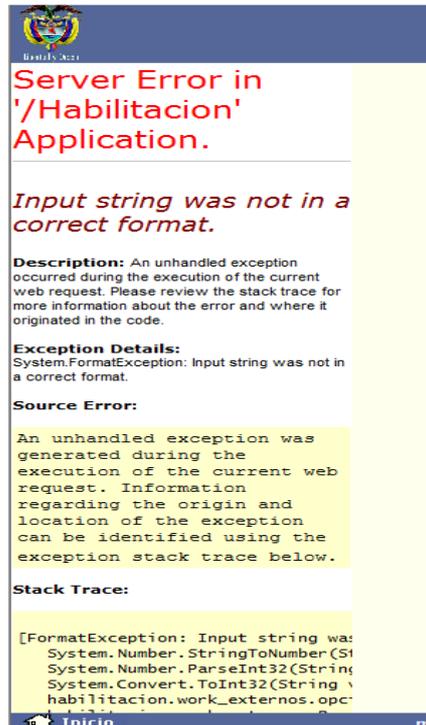
Below these fields, there is a section titled "PROFESIONAL INDEPENDIENTE" with the following fields:

- Primer Apellido:
- Segundo Apellido:
- Primer Nombre:
- Segundo Nombre:

At the bottom of the form, there are buttons for "Grabar", "Nuevo", "Buscar", and "Ayuda".

Cuando termine de ingresar los datos de identificación del prestador, dé clic en el botón "Grabar" y continúe ingresando los datos de sede de prestación de servicios y servicios ofrecidos. Siempre, al completar la información de cada pestaña, dé clic en el botón "Grabar".

En caso de que no acceda al formulario y en su lugar encuentre este mensaje de error:



Intente usando un navegador diferente a Internet Explorer (Mozilla Firefox, Google Chrome, Safari, etc.) o baje el nivel de privacidad al equipo, así:

Seleccione el menú "Herramientas", luego "Opciones de Internet" y posteriormente desplace la barra de protección hasta el nivel bajo.

