Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Formulario de Novedades de Prestadores de Servicios de Salud

Adoptado mediante circular 000045 de 30 de octubre de 2006

Antes de diligenciar el formulario , por favor lea cuidadosamente el instructivo. Formulario de distribución gratuita. Prohibida su venta. v.3.0

Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud

1. Código Sede Principal	2. Fecha Inscripción	3. No. Radicación	4. Código de Sede
13 001 00100 01	03 02 20	0697	13 001 00100-02
Dep Mun Consecutivo Sede	(Año) (Mes) (Día)		Dep Mun Consecutivo Sede

5. Fecha Novedad	6. Entidad que registra
07 07 12	DADIS.
(Año) (Mes) (Día)	

A. TIPO DE NOVEDAD

7. Novedad del Prestador

Razón Social [ ] Cambio Domicilio [ ] Representante Legal [ ] Disolución/Liquidación [ ] Cambio Gerente [ ] Cierre Entidad [ ]

8. Novedad de Sede

Cambio Domicilio [ ] Cambio Director/Gerente [ ] Apertura Sede [X] Cierre Sede [ ]

9. Novedad de Capacidad Instalada

Apertura Camas [ ] Cierre Camas [ ] Apertura Salas [ ] Cierre Salas [ ] Apertura Ambulancias [ ] Cierre Ambulancias [ ]

10. Novedad de Servicios

Apertura Servicios [X] Cierre Definitivo [ ] Cierre Temporal [ ]

B. NOVEDADES DEL PRESTADOR

11. Nombres y Apellidos del Profesional Independiente o Razón Social de la IPS

UNIDAD OFTALMOLOGICA DE CARTAGENA LTDA

12. Sitio Web

Ubicación del Profesional Independiente o de la Sede Administrativa de la IPS

13. Departamento	14. Municipio	15. Dirección
13.Bolívar	13001.CARTAGENA	Pie de la Popa Calle 30 No. 20-71

16. Teléfono	17. Fax	18. Correo Electrónico
656 0290	666 5515	clinicaoftalmologica@costa.net.co

Representante Legal de la IPS

19. Primer Apellido	20. Segundo Apellido	21. Primer Nombre	22. Segundo Nombre
BECHARA	CASTILLA	ROLANDO	

23. Tipo Identificación	24. Número	25. Forma de vinculación
CC [X] CE [ ]	6870495	1.Periodo Fijo

C. DATOS DE LA SEDE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD QUE PRESENTA LA NOVEDAD

26. Departamento	27. Municipio	28. Centro Poblado
13.Bolívar	13001.CARTAGENA	13001000.DISTRITO TURÍSTICO Y C

29. Nombre de la Sede

UNIDAD OFTALMOLOGICA DE CARTAGENA

30. Zona	31. Barrio	32. Dirección
Rural [ ] Urbana [X]	Carretera El Bosque	Centro Comercial Plaza Colon Local N° 12

33. Teléfono	34. Fax	35. Correo Electrónico
6776511	6776511	clinicaoftalmologica@costa.net.co

36. Para IPS, Nombre del Director, Gerente o Responsable

ROLANDO BECHARA CASTILLA

37. Horario de Atención

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	8-12 / 2-6 P.M.	8-12 / 2-6 P.M.	8-12 / 2-6 P.M.	8-12 / 2-6 P.M.	8-12 / 2-6 P.M.	8-12 M

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Formulario de Novedades de Prestadores de Servicios de Salud

Adoptado mediante circular 000045 de 30 de octubre de 2006

Antes de diligenciar el formulario , por favor lea cuidadosamente el instructivo. Formulario de distribución gratuita. Prohibida su venta. v.3.0

Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud

1. Código Sede Principal	2. Fecha Inscripción	3. No. Radicación	4. Código de Sede
13 01			13 001
Dep Mun Consecutivo Sede	(Año) (Mes) (Día)		Dep Mun Consecutivo Sede

5. Fecha Novedad	6. Entidad que registra
(Año) (Mes) (Día)	

D. NOVEDADES DE CAPACIDAD INSTALADA

Camas

38. Pediátricas	39. Adultos	40. Obstetricia	41. Cuidado Intermedio Neonatal

42. Cuidado Intensivo Neonatal	43. Cuidado Intermedio Pediátrico	44. Cuidado Intensivo Pediátrico
45. Cuidado Intermedio Adulto	**46. Cuidado Intensivo Adulto**	**47. Quemados Adultos**
48. Quemados Pediátrico	**49. Farmacodependencia**	**50. Salud Mental Psiquiatría**
51. Cuidado Agudo Mental	**52. Cuidado Intermedio Mental**	

Salas

53. Salas de Quirófano	54. Salas de Partos

Ambulancias

55. Tipo		56. Modalidad				57. Placa o Matrícula	58. Año Modelo	59. No. Tarjeta Propiedad
Básica	Medicada	Terrestre	Aérea	Marítima	Fluvial			

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Formulario de Novedades de Prestadores de Servicios de Salud

Adoptado mediante circular 000045 de 30 de octubre de 2006

Antes de diligenciar el formulario , por favor lea cuidadosamente el instructivo. Formulario de distribución gratuita. Prohibida su venta. v.3.0

Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud

1. Código Sede Principal	2. Fecha Inscripción	3. No. Radicación	4. Código de Sede
13 01			13 001
Dep Mun Consecutivo Sede	(Año) (Mes) (Día)		Dep Mun Consecutivo Sede

5. Fecha Novedad	6. Entidad que registra
(Año) (Mes) (Día)	

E. NOVEDADES DE SERVICIOS

	SERVICIO	MODALIDAD							COMPLEJIDAD		
		Intramural		Extramural			Telemedicina				
		Amb	Hosp	Móvil	Domic	Otras	CR	IR	Baja	Media	Alta
Hospitalario	101.GENERAL ADULTOS										
	102.GENERAL PEDIÁTRICA										
	103.PSIQUIATRÍA O UNIDAD DE SALUD MENTAL										
	104.FARMACODEPENDENCIA										
	105.CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL										
	106.CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO										
	107.CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS										
	108.CUIDADO INTENSIVO NEONATAL										
	109.CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO										
	110.CUIDADO INTENSIVO ADULTOS										
	111.UNIDAD DE QUEMADOS ADULTOS										
	112.OBSTETRICIA										
	115.HOSPITALIZACION DIA										
	116.QUEMADOS PEDIÁTRICO										
	117.CUIDADO AGUDO EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA										
	118.CUIDADO INTERMEDIO EN SALUD MENTAL O PSIQUI										
	119.HOSPITALIZACION DOMICILIARIA										
Quirúrgico	201.CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO										
	202.CIRUGIA CARDIOVASCULAR										
	203.CIRUGIA GENERAL										
	204.CIRUGIA GINECOLOGICA										
	205.CIRUGIA MAXILOFACIAL										
	206.CIRUGIA NEUROLÓGICA										
	207.CIRUGIA ORTOPEDICA										
	208.CIRUGIA OFTALMOLOGICA										
	209.CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGIA										
	210.CIRUGIA ONCOLOGICA										
	211.CIRUGIA ORAL										
	212.CIRUGIA PEDIATRICA										
	213.CIRUGIA PLASTICA Y ESTÉTICA										
	214.CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGICA										
	215.CIRUGIA UROLOGICA										
	217.OTRAS CIRUGIAS CUAL?										
	218.CIRUGIA ENDOVASCULAR NEUROLOGIA										
	219.TRANSPLANTE RENAL										
	220.TRANSPLANTE DE CORAZÓN										

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Formulario de Novedades de Prestadores de Servicios de Salud

Adoptado mediante circular 000045 de 30 de octubre de 2006

Antes de diligenciar el formulario , por favor lea cuidadosamente el instructivo. Formulario de distribución gratuita. Prohibida su venta. v.3.0

Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud

1. Código Sede Principal	2. Fecha Inscripción	3. No. Radicación	4. Código de Sede
13 01			13 001
Dep Mun Consecutivo Sede	(Año) (Mes) (Día)		Dep Mun Consecutivo Sede

5. Fecha Novedad	6. Entidad que registra
(Año) (Mes) (Día)	

Consulta Externa	237.CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA										
	301.ANESTESIA										
	302.CARDIOLOGÍA										
	303.CIRUGÍA CARDIOVASCULAR										
	304.CIRUGIA GENERAL										
	305.CIRUGÍA NEUROLÓGICA										
	306.CIRUGÍA PEDIÁTRICA										
	308.DERMATOLOGÍA										
	309.DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS										
	310.ENDOCRINOLOGÍA										
	311.ENDODONCIA										
	312.ENFERMERÍA										
	313.ESTOMATOLOGÍA										
	314.FISIOTERAPIA										
	315.FONOAUDIOLOGIA Y/O TERAPIA DE LENGUAJE										
	316.GASTROENTEROLOGIA										
	317.GENETICA										
	318.GERIATRIA										
	319.GERONTOLOGIA										
	320.GINECOBSTRETRICIA										
	321.HEMATOLOGÍA										
	322.IMPLANTOLOGÍA										
	323.INFECTOLOGÍA										
	324.INMUNOLOGÍA										
	325.MEDICINA FAMILIAR										
	326.MEDICINA FÍSICA Y DEL DEPORTE										
	327.MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN										
	328.MEDICINA GENERAL										
	329.MEDICINA INTERNA										
	330.NEFROLOGIA										
	331.NEUMOLOGIA										
	332.NEUROLOGIA										
	333.NUTRICION Y DIETETICA										
	334.ODONTOLOGIA GENERAL										
	335.OFTALMOLOGÍA	A		A						A	
	336.ONCOLOGÍA CLÍNICA										
	337.OPTOMETRÍA	A		A					A		
	338.ORTODONCÍA										
	339.ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA										
	340.OTORRINOLARINGOLOGÍA										
	341.PATOLOGÍA										
	342.PEDIATRÍA										
	343.PERIODONCIA										
	344.PSICOLOGIA										
	345.PSIQUIATRÍA										
	346.REHABILITACION ONCOLOGICA										
	347.REHABILITACIÓN ORAL										
	348.REUMATOLOGÍA										

Libertad y Orden

Ministerio de la P[illegible]ción Social
República de Colombia

Formulario de N[illegible]dades de Prestadores de Servicios de Salud

Adoptado mediante circular 000045 de 30 de octubre de 2006

Antes de diligenciar el formulario , por favor lea cuidadosamente el instructivo. Formulario de distribución gratuita. Prohibida su venta. v.3.0

Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud

1. Código Sede Principal	2. Fecha Inscripción	3. No. Radicación	4. Código de Sede
13 01			13 001
Dep Mun Consecutivo Sede	(Año) (Mes) (Día)		Dep Mun Consecutivo Sede

5. Fecha Novedad	6. Entidad que registra
(Año) (Mes) (Día)	

	368.CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA										
	369.CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA										
	370.CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA										
	372.CIRUGÍA VASCULAR										
	373.CIRUGÍA ONCOLÓGICA										
	374.CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA										
	375.DERMATOLOGÍA ONCOLÓGICA										
	377.COLOPROCTOLOGÍA										
	378.ELECTROFISIOLOGÍA, MARCAPASOS Y ARRITMIAS CA										
	379.GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA										
	381.HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA CLÍNICA										
	383.MEDICINA NUCLEAR										
	384.NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA										
	385.NEONATOLOGÍA										
	386.NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA										
	387.NEUROCIRUGÍA										
	388.NEUROPEDIATRÍA										
	390.OFTALMOLOGÍA ONCOLÓGICA										
	391.ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA										
	392.ORTOPEDIA INFANTIL										
	393.ORTOPEDIA ONCOLÓGICA										
	394.PATOLOGÍA ONCOLÓGICA										
	395.UROLOGÍA ONCOLOGIA										
	396.ODONTOPEDIATRIA										
Prom. Y Prev	901.VACUNACIÓN										
	902.ATENCIÓN PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL										
	904.PLANIFICACIÓN FAMILIAR										
	905.PROMOCIÓN EN SALUD										
	906.OTRA CUAL?										
Urge	501.SERVICIO DE URGENCIAS										
	502.URGENCIAS EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA										
Tran	601.TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO										
	602.TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO										
Terapéutica	701.DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR										
	702.NEFROLOGÍA - DIÁLISIS RENAL										
	703.ENDOSCOPIA DIGESTIVA										
	704.NEUMOLOGÍA - FIBROBRONCOSCOPIA										
	705.HEMODINAMIA										
	706.LABORATORIO CLINICO										
	708.UROLOGÍA - LITOTRIPSIA UROLOGICA										
	709.ONCOLOGÍA CLÍNICA										
	710.RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOST.										
	711.RADIOTERAPIA										
	712.TOMA DE MUESTRAS DE LAB. CLINICO										
	713.TRANSFUSIÓN SANGUINEA										
	714.SERVICIO FARMACÉUTICO										
	715.MEDICINA NUCLEAR										
	716.TOMA DE MUESTRAS CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINA										
	717.LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS										
	718.LABORATORIO DE PATOLOGÍA										
	719.ULTRASONIDO										
	720.LACTARIO - ALIMENTACIÓN										

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Formulario de Novedades de Prestadores de Servicios de Salud

Adoptado mediante circular 000045 de 30 de octubre de 2006

Antes de diligenciar el formulario , por favor lea cuidadosamente el instructivo. Formulario de distribución gratuita. Prohibida su venta. v.3.0

Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud

1. Código Sede Principal	2. Fecha Inscripción	3. No. Radicación	4. Código de Sede
13 01			13 001
Dep Mun Consecutivo Sede	(Año) (Mes) (Día)		Dep Mun Consecutivo Sede

5. Fecha Novedad	6. Entidad que registra
(Año) (Mes) (Día)	

Otros Servicios											
804.CENTROS DIA PARA REHABILITACIÓN											
805.CENTROS Y SERV.CUIDADO INTERMEDIO PARA REHA											
806.UNIDAD DE MEDICINA REPRODUCTIVA											
807.CENTROS Y SERV.ACONDICIONAMIENTO FÍSICO - CA											
808.CENTROS Y SERVICIOS DE ESTÉTICA											
809.SALA DE ENF.RESPIRATORIAS AGUDAS - ERA											
810.SALA DE REHIDRATACIÓN ORAL											
811.SALA DE YESO											
812.SALA DE REANIMACIÓN											
813.SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES											

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.

Firma del Representante Legal o Profesional Independiente

No. de Identificación 6.870.495.