Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

FORMULARIO DE NOVEDADES 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. Fecha Novedad			2. No. Radicación	3. Entidad que registra
2013	09	09	04056	DADIS
(Año)	(Mes)	(Día)		

A. IDENTIFICACION DEL PRESTADOR

4. Código Sede Principal	5. Código Sede	6. Nombres y Apellidos del Profesional Independiente o Razón Social de la IPS
130010010001	130010010001	UNIDAD OFTALMOLOGICA DE CARTAGENA S.A.S

B. TIPO DE NOVEDAD

7. Novedad del Prestador

Cambio Domicilio ☐ Cambio Nomenclatura ☐ Cambio Representante Legal ☐ Disolución/Liquidación ☐
En proceso de Disolución/Liquidación ☐ Cierre Entidad o Prestador ☐ Transformación ☑

8. Novedad de Sede

Cambio Sede Principal ☐ Cambio Domicilio ☐ Cambio Nomenclatura ☐ Cambio Director/Gerente ☐
Cambio Nombre Sede ☐ Apertura Sede ☐ Cierre Sede ☐ Cambio Horario ☐

9. Novedad de Capacidad Instalada

Apertura Camas ☐ Cierre Camas ☐ Apertura Salas ☐ Cierre Salas ☐
Apertura Ambulancias ☐ Cierre Ambulancias ☐

10. Novedad de Servicios

Apertura Servicios ☐ Cierre Definitivo ☐ Cierre Temporal ☐
Apertura Modalidad ☐ Cierre Modalidad ☐ Cambio Complejidad ☐

C. NOVEDADES DEL PRESTADOR

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

11. Departamento	12. Municipio	13. Dirección
14. Teléfono	15. Fax	16. Correo Electrónico

Representante Legal

17. Primer Apellido	18. Segundo Apellido	19. Primer Nombre	20. Segundo Nombre
21. Tipo Identificación	22. Número	23. Forma de Vinculación	

D. DATOS DE LA SEDE DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE PRESENTA LA NOVEDAD

24. Departamento	25. Municipio	26. Centro Poblado

27. Nombre de la Sede

28. Zona	29. Barrio	30. Dirección
31. Teléfono	32. Fax	33. Correo Electrónico

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

35. Horario de atención

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves
Viernes	Sábado			

E. NOVEDADES DE CAPACIDAD INSTALADA

Camas

36. Pediátricas	37. Adultos	38. Obstetricia	39. Cuidado Intermedio Neonatal
40. Cuidado Intensivo Neonatal	41. Cuidado Intermedio Pediátrico		42. Cuidado Intensivo Pediátrico
43. Cuidado Intermedio Adulto	44. Cuidado Intensivo Adulto		45. Unidad de Quemados Adultos
46. Unidad de Quemados Pediátrico	47. Farmacodependencia		48. Salud Mental Psiquiatría
49. Cuidado Agudo Mental	50. Cuidado Intermedio Mental		51a. Paciente Crónico
51b. Transplante de progenitores hematopoyeticos	51c. Cuidado básico neonatal		51d. Sillas de Quimioterapia
51e. Sillas de Hemodiálisis			

Salas

52. Salas de Quirófano	53. Salas de Partos	

Ambulancias

54. Tipo	55. Modalidad	56. Placa o Matrícula	57. Año Modelo	58. Número Tarjeta de Propiedad

F. NOVEDADES DE SERVICIOS

Grupo	Servicio	Modalidad							Complejidad		
		Intramural		Extramural			Telemedicina				
		Ambu	Hosp	Móvil	Domic	Otras	CR	IR	Baja	Media	Alta

NOTA: EL DILIGENCIAMIENTO EN EL APLICATIVO Y LA PRESENTACIÓN DE ESTE FORMULARIO A LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL, NO APLICA COMO HABILITACION DE SERVICIOS DE URGENCIAS, SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD Y SERVICIOS ONCOLÓGICOS, ESTOS REQUIEREN PARA SU HABILITACIÓN TENER VERIFICACIÓN PREVIA, DE ACUERDO CON EL ARTICULO 58 DE LA LEY 1438 DE 2011. TAMBIEN REQUIEREN TENER VERIFICACIÓN PREVIA LOS SERVICIOS DE: OBSTETRICIA, TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES Y MEDICINA ESTETICA DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 1441 DE 2013.

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.

Sept. 9/2013

Firma del Representante Legal o Profesional Independiente

No Identificación _____