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.

*****Fecha de impresión: jueves 09 de febrero de 2017 (4:35 p. m.)**

v.4.0

*****Copia PRESTADOR**

Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud				
1. Fecha Novedad			2. No. Radicación	3. Entidad que registra
(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	130010010002	UNIDAD OFTALMOLOGICA DE CARTAGENA S.A.S

B. TIPO DE NOVEDAD

7. Novedad del Prestador

a)Cierre del prestador ☐ b)Disolución o liquidación de la entidad ☐ c)Cambio de domicilio ☐ d)Cambio de nomenclatura ☐
e)Cambio representante legal ☐ f) Cambio de director o gerente ☐ g)Cambio del acto de constitución ☐
h)Cambio de datos de contacto (Incluye datos de teléfono, fax y correo electrónico) ☐ i) Cambio de razón social que no implique cambio de NIT ☐

8. Novedad de Sede

a)Apertura de sede ☐ a)Cierre de sede ☐ b)Cambio de domicilio ☐ c)Cambio de nomenclatura ☐
d)Cambio sede principal ☐ e)Cambio de datos de contacto (Incluye datos de teléfono, fax y correo electrónico) ☐
f)Cambio de director, gerente o responsable ☐ g)Cambio de nombre de sede, que no implique cambio de razón social ☐ h)Cambio de horario de atención ☐

9. Novedad de Capacidad Instalada

a)Apertura Camas ☐ b)Cierre Camas ☐ c)Apertura Salas ☐ d)Cierre Salas ☐
e)Apertura Ambulancias ☐ f)Cierre Ambulancias ☐
g)Apertura Apoyo Terapéutico (sillas) ☐ h)Cierre Apoyo Terapéutico (sillas) ☐
i)Apertura de sala de procedimientos ☐ j)Cierre de sala de procedimientos ☐

10. Novedad de Servicios

a)Apertura de Servicios ☐ b)Cierre Definitivo de Servicios ☐ b)Cierre Temporal de Servicios ☑
c)Apertura Modalidad ☐ d)Cierre Modalidad ☐ e)Cambio Complejidad ☐
f)Cambio de horario de prestación del servicio ☐ g)Reactivación de servicio ☐ h)Cambio del médico especialista en trasplante ☐
i)Cambio del médico oncólogo en hospitalización ☐ j)Traslado de servicio ☐

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
16.1. Sitio Web		

Representante Legal IPS - Demás Prestadores DIRECTOR O GERENTE.			
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	53a. Salas de Procedimientos

Ambulancias

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

F. MÉDICO(S) ESPECILISTA(S) PARA SERVICIOS DE TRASPLANTE Y ONCÓLOGO EN HOSPITALIZACIÓN.

Médico(s) especialista(s)

Médico(s) especilista(s)
Prestador no esta declarando servicios de trasplante, ni de hospitalización oncólogica.

G. NOVEDADES DE SERVICIOS

Grupo	Servicio	Modalidad							Complejidad			Traslado de servicios
		Intramural		Extramural			Telemedicina					
		Ambu	Hosp	Móvil	Domic	Otras	CR	IR	Baja	Media	Alta	Sede donde trasladará el Servicio
Consulta Externa	407. MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	SI		NO		NO	NO	NO		SI		NO

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 Y TRANSPORTE ASISTENCIAL. DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014.

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 Identificación _____

Señor PRESTADOR: Tenga en cuenta, que si ya fue comunicado por parte de la Entidad Territorial de Salud, sobre la visita a sus servicios de salud, sí fuese el caso, no puede presentar NOVEDADES, mientras que dicha visita no hubiese concluido.(Resolución 2003 de 2014. Artículo 14. Paragrafo 1.)