ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCION INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

RESOLUCION No. 6339 de 31/05/2016

Por la cual se Modifica Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la Ley 1562 de 2012 y 1° de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere el Decreto 507 del 06 de Noviembre de 2013 de la Alcaldía Mayor de Bogotá y

CONSIDERANDO:

Que la entidad MEDICAL PROTECTION LTDA SALUD OCUPACIONAL, identificada con NIT: 900.170.405-2, ubicada en: KR 12 # 71-19; Calle 71 # 13-63, AV Americas # 62 23 2-3 P de la ciudad de Bogotá D.C., representada legalmente por JOSE LUIS BUITRAGO REDONDO, identificado(a) con CC 19.367.951 de Bogotá D.C., ha solicitado la modificación de la Licencia de Prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo como Persona Jurídica Resolución No. 3897 de 31/03/2014, por apertura de sede.

Que la entidad peticionaria ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal B del Artículo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 8° de la Resolución 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social se efectuó visita técnica con el propósito de verificar la información suministrada y garantizar la calidad en la prestación de los servicios de seguridad y salud en el trabajo, como consta en el acta de visita No: 1974 de fecha 27/04/2016.

Que con base en el análisis de la documentación presentada y lo verificado en la visita de vigilancia técnica se considera procedente la modificación de la licencia solicitada.

En mérito de lo expuesto, la Directora de Calidad de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Modificar Licencia de Prestación de Servicios en Salud y Seguridad en el Trabajo a MEDICAL PROTECTION LTDA SALUD OCUPACIONAL, identificada con NIT: 900.170.405-2, ubicada en: KR 12 # 71-19; Calle 71 # 13-63, AV Americas # 62 23 2-3 P de la ciudad de Bogotá D.C., representada legalmente por JOSE LUIS BUITRAGO REDONDO, identificado(a) con CC 19.367.951 de Bogotá D.C., como Persona Jurídica.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

Continuación de la resolución No. 6339 de 31/05/2016. Por la cual se Modifica Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a la entidad MEDICAL PROTECTION LTDA SALUD OCUPACIONAL

1. MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: Consulta Médica Ocupacional, Psicología en Seguridad y Salud en el Trabajo, Audiometrías, Espirometrías, Visiometrías, Optometría, Laboratorio Clínico.
2. EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN.
3. INVESTIGACIÓN EN ÁREA TÉCNICA.
4. INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO.
5. DISEÑO, ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ARTÍCULO TERCERO: La presente Modificación no afecta el término de vigencia de diez (10) años contados a partir de la fecha de la expedición de la ***Resolución No. 7522 de 15/08/2008,*** es de carácter personal e intransferible y tendrá validez en todo el territorio nacional.

ARTICULO CUARTO: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de esta Secretaría de Salud, a fin de que se proceda a modificar la resolución. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTICULO QUINTO: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 y demás normas que la modifiquen o adiciones.

ARTICULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución a JOSE LUIS BUITRAGO REDONDO, informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 31/05/2016

Original Firmado por:
Anabelle Arbelaez Vélez
Directora de Calidad de
Servicios de Salud

ANABELLE ARBELAEZ VELEZ
Directora de Calidad de Servicios de Salud

Elaboró: Maritza Becerra Rivera
Revisó y Aprobó: Clara Helena Villanueva Herrera

Bogotá, D.C. 20-06-16

A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Jose Luis Buitrago
C.C. # 7436795 I D.

Firma:

CONSTANCIA AUTOEVALUACIÓN

Código y Nombre del Prestador	**1100120256 - MEDICAL PROTECTION LTDA SALUD OCUPACIONAL**
Código y Nombre de la Sede	**110012025602-MEDICAL PROTECTION LTDA SALUD OCUPACIONAL**

Fecha de vigencia del PRESTADOR para los servicios relacionados en este documento(dd/mm/aaaa):30/01/2019.

Servicios declarados en la Autoevaluación:

GRUPO DEL SERVICIO	CÓDIGO SERVICIO	NOMBRE DEL SERVICIO
CONSULTA EXTERNA	326	MEDICINA FÍSICA Y DEL DEPORTE
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL
CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
CONSULTA EXTERNA	337	OPTOMETRÍA
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	407	MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	729	TERAPIA RESPIRATORIA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	FISIOTERAPIA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	740	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE
PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	916	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN

Fecha de registro de Autoevaluación: 23/01/2018 2:26:07 p. m..

En caso de cualquier inquietud con la CONSTANCIA AUTOEVALUACIÓN comuniquese con la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá - Dirección:Carrera 32 No.12-81 - Telefono(s):3649586-3649590 3649090 EXT 9890-9873 - Correo Electronico:habilitacionsds@saludcapital.gov.co

Fecha de impresión: martes 23 de enero de 2018 (2:26 p. m.).

Versión 2.0.

CONSTANCIA AUTOEVALUACIÓN

Código y Nombre del Prestador	**1100120256 - MEDICAL PROTECTION LTDA SALUD OCUPACIONAL**
Código y Nombre de la Sede	**110012025601-MEDICAL PROTECTION LTDA SALUD OCUPACIONAL**

Fecha de vigencia del PRESTADOR para los servicios relacionados en este documento(dd/mm/aaaa):30/01/2019.

Servicios declarados en la Autoevaluación:

GRUPO DEL SERVICIO	CÓDIGO SERVICIO	NOMBRE DEL SERVICIO
CONSULTA EXTERNA	326	MEDICINA FÍSICA Y DEL DEPORTE
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL
CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
CONSULTA EXTERNA	337	OPTOMETRÍA
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	407	MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	729	TERAPIA RESPIRATORIA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	FISIOTERAPIA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	740	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE
PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	916	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN

Fecha de registro de Autoevaluación: 23/01/2018 2:24:09 p. m..

En caso de cualquier inquietud con la CONSTANCIA AUTOEVALUACIÓN comuniquese con la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá - Dirección:Carrera 32 No.12-81 - Telefono(s):3649586-3649590 3649090 EXT 9890-9873 - Correo Electronico:habilitacionsds@saludcapital.gov.co

Fecha de impresión: martes 23 de enero de 2018 (2:24 p. m.).

Versión 2.0.

CONSTANCIA AUTOEVALUACIÓN

Código y Nombre del Prestador	**1100120256 - MEDICAL PROTECTION LTDA SALUD OCUPACIONAL**
Código y Nombre de la Sede	**110012025603-MEDICAL PROTECTION LTDA SALUD OCUPACIONAL**

Fecha de vigencia del PRESTADOR para los servicios relacionados en este documento(dd/mm/aaaa):30/01/2019.

Servicios declarados en la Autoevaluación:

GRUPO DEL SERVICIO	CÓDIGO SERVICIO	NOMBRE DEL SERVICIO
CONSULTA EXTERNA	326	MEDICINA FÍSICA Y DEL DEPORTE
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL
CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
CONSULTA EXTERNA	337	OPTOMETRÍA
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA
CONSULTA EXTERNA	407	MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	729	TERAPIA RESPIRATORIA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	FISIOTERAPIA
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	740	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE
PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	916	PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN

Fecha de registro de Autoevaluación: 23/01/2018 2:26:29 p. m..

En caso de cualquier inquietud con la CONSTANCIA AUTOEVALUACIÓN comuniquese con la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá - Dirección:Carrera 32 No.12-81 - Telefono(s):3649586-3649590 3649090 EXT 9890-9873 - Correo Electronico:habilitacionsds@saludcapital.gov.co

Fecha de impresión: martes 23 de enero de 2018 (2:26 p. m.).

Versión 2.0.

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: lunes 27 de marzo de 2017 (12:32 p. m.)

v.4.0

***Copia PRESTADOR

Secretaría Distrital de Salud

110012025601
DJ110NTENEGRO

Fecha Novedad: 27/03/2017 1:31:18 p. m.
Radicado: 89352 Folios: 8
N° Identificación: 900170406
Razón Social: MEDICAL PROTECTION LTDA SALUD
Nombre de Sede: MEDICAL PROTECTION LTDA SAL

Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de

PERIODO DE NOVEDAD

(Año)	(Mes)	(Día)

A) IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR

4. Código Sede Principal	5. Código Sede	6. Nombres y Apellidos del Profesional Independiente o Razón Social de la IPS
110012025601	110012025601	MEDICAL PROTECTION LTDA SALUD OCUPACIONAL

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 [X]	b)Cierre Definitivo de Servicios [ ]	b)Cierre Temporal de Servicios [ ]	
c)Apertura Modalidad [X]	d)Cierre Modalidad [X]	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 NOVEDAD 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
BUITRAGO	REDONDO	JOSE	LUIS
21. Tipo Identificación	22. Número	23. Forma de Vinculación	
CC	19367951	3.Libre Nombramiento y Remoción	

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

24. Departamento	25. Municipio	26. Centro Poblado
Bogotá D.C	BOGOTÁ	BOGOTÁ, D.C.

27. Nombre de la Sede

MEDICAL PROTECTION LTDA SALUD OCUPACIONAL

28. Zona	29. Barrio	30. Dirección
URBANA	QUINTA CAMACHO	KR 12 # 71 19
31. Teléfono	32. Fax	33. Correo Electrónico
2179150-2485752		MEDICALPROTECTION@GMAIL.COM

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

JOSE LUIS BUITRAGO REDONDO

35. Horario de atención

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves
Viernes	Sábado			

E NOVEDAD 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
		0

Ambulancias

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

f. MÉDICO(S) ESPECIALISTA(S) PARA SERVICIOS DE TRASPLANTE Y ONCOLÓGICOS EN HOSPITALIZACIÓN

Médico(s) especialista(s)

Médico(s) especialista(s)

Prestador no esta declarando servicios de trasplante, ni de hospitalización oncológica.

g. NOVEDAD 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	337. OPTOMETRÍA	Apertura		NO	Apertura	NO			Apertura			NO
Consulta Externa	344. PSICOLOGÍA	Apertura		NO	Apertura		NO	NO	Apertura			NO
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	712. TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SI	NO	Cierre	Apertura	NO			SI			NO
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	729. TERAPIA RESPIRATORIA	Apertura	NO	Apertura	NO	NO	NO	NO	Apertura			NO
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	739. FISIOTERAPIA	Apertura	NO	Apertura	NO	NO	NO	NO	Apertura			NO
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	740. FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	Apertura	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Apertura			NO
Protección Especifica y Detección Temprana	916. PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN	SI		Cierre	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 19367.951.

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.)

Se autoriza impresión de Distintivos 5

27 MAR 2017

Hora: 1:30

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Unidad 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: lunes 27 de marzo de 2017 (10:47 a. m.)

v.4.0

***Copia PRESTADOR

Secretaría Distrital de Salud

110012025602
DLIMONTENEGRO

Fecha Novedad: 27/03/2017 12:04:32 p. m.
Radicado: 89344 Folio: 4
N° Identificación: 900170405
Razón Social: MEDICAL PROTECTION LTDA SALUD
Nombre de Sede: MEDICAL PROTECTION LTDA SAL

Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud

(Año) (Mes) (Día)

A. IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR

4. Código Sede Principal	5. Código Sede	6. Nombres y Apellidos del Profesional Independiente o Razón Social de la IPS
110012025601	110012025602	MEDICAL PROTECTION LTDA SALUD OCUPACIONAL

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. NOVEDAD SEDE 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	
Bogotá D.C	BOGOTÁ		
27. Nombre de la Sede			
MEDICAL PROTECTION LTDA SALUD OCUPACIONAL			
28. Zona	29. Barrio		30. Dirección
URBANA	QUINTA CAMACHO		CALLE 71 # 13-63
31. Teléfono	32. Fax	33. Correo Electrónico	
7953260/ 7953269		medicalprotection@gmail.com	
34. Para IPS, Nombre del Director, Gerente o Responsable			
JOSE LUIS BUITRAGO REDONDO			
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
		0

Ambulancias

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

F. MEDICO(S) ESPECIALISTA(S) PARA SERVICIOS DE TRASPLANTE Y ONCOLOGICO EN HOSPITALIZACIÓN

Médico(s) especialista(s)

Médico(s) especilista(s)

Prestador no esta declarando servicios de trasplante, ni de hospitalización oncológica.

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	337. OPTOMETRÍA	Apertura		NO	Apertura	NO			Apertura			NO
Consulta Externa	344. PSICOLOGÍA	Apertura		NO	Apertura		NO	NO	Apertura			NO
Consulta Externa	407. MEDICINA DEL TRABAJO Y	SI		Apertura		NO	NO	NO		SI		NO

	MEDICINA LABORAL											
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	706. LABORATORIO CLÍNICO	SI	NO	Apertura			NO	NO	SI	NO	NO	NO
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	712. TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SI	NO	NO	Apertura	NO			SI			NO
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	729. TERAPIA RESPIRATORIA	Apertura	NO	Apertura	NO	NO	NO	NO	Apertura			NO
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	739. FISIOTERAPIA	Apertura	NO	Apertura	NO	NO	NO	NO	Apertura			NO
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	740. FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	Apertura	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Apertura			NO
Protección Específica y Detección Temprana	916. PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN	Apertura		NO	NO	NO	NO	NO	Apertura			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 19 367.951

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.)

Se autoriza impresión de Distintivos 6

27 MAR 2017

Hora: 12:09

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 cuidad---
Formulario de distribución gratuita. Prohibida su ven

Secretaría Distrital de Salud
110012025603
mecuy

Fecha Novedad: 27/03/2017 9:31:52 a. m.
Radicado: 80339 Folios: 4
Nº Identificación: 900170405
Razón Social: MEDICAL PROTECTION LTDA SALUD
Nombre de Sede: MEDICAL PROTECTION LTDA SAI

***Fecha de impresión: jueves 23 de marzo (5:34 p. m.)

***Copia PRESTADOR

Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud

1. Fecha Novedad			2. No. Radicación	3. Identificación del Registro
(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
110012025601	110012025603	MEDICAL PROTECTION LTDA SALUD OCUPACIONAL

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) ESPECIALISTA(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 oncológica.

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	337. OPTOMETRÍA	SI		NO	Apertura	NO			SI			NO
Consulta Externa	344. PSICOLOGÍA	SI		NO	Apertura		NO	NO	SI			NO
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	729. TERAPIA RESPIRATORIA	Apertura	NO	Apertura	NO	NO	NO	NO	Apertura			NO
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	739. FISIOTERAPIA	Apertura	NO	Apertura	NO	NO	NO	NO	Apertura			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 19367.951

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, si fuese el caso, no puede presentar NOVEDADES, mientras que dicha visita no hubiese concluido.(Resolución 2003 de 2014. Artículo 14. Paragrafo 1.)

Se autoriza impresión
de Distintivos
27 MAR 2017
Hora: 9:34