



La salud es de todos

Minsalud

FORMULARIO DE NOVEDADES EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - REPS.

Fecha de impresión: Lunes 11 de febrero de 2019 (12:08 p. m.).

Formulario de novedades.

PRESTADOR.

|  |     |                   |  |
|--|-----|-------------------|--|
| <b>Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud</b> |     |                   |  |
| 1. Fecha Radicación de la novedad del Prestador a la ETS     |     | 2. No. Radicación | 3. Entidad Territorial de Salud, que registra la novedad en el REPS:DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD - DADIS CARTAGENA, dependencia: |
| 2019   | 02  | 19                | 02491  |
| Año  | Mes | Día               |  |

A. IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR QUE REALIZA LA NOVEDAD.

|  |                       |  |                      |                         |
|--|-----------------------|--|----------------------|-------------------------|
| 4. Código y Nombres y Apellidos del Profesional Independiente o Razón Social de la IPS |                       | 1300100871 - ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS                                      |                      |                         |
| 5. Departamento ó Distrito - Municipio. Código y Nombre de la Sede Principal           |                       | 6. Departamento ó Distrito - Municipio. Código y Nombre de la Sede a realizar la novedad |                      |                         |
| BOLÍVAR-CARTAGENA. 130010087101-E.S.E HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS               |                       | BOLÍVAR-CARTAGENA. 130010087104-CENTRO DE SALUD BLAS DE LEZO                             |                      |                         |
| 7.Clase de Prestador   | 8.Naturaleza Jurídica | 9.Empresa Social del Estado  | 10.Nivel de atención | 11.Carácter Territorial |
| INSTITUCIONES - IPS  | PÚBLICA               | SI   | 1                    | DISTRITAL               |

A continuación se realiza un \*\*\* RESUMEN \*\*\* de las novedades (Resolución 2003 de 2014-(Artículo No.12) que está presentando el Prestador de Servicios de Salud en su Sede:BOLÍVAR-CARTAGENA. 130010087104-CENTRO DE SALUD BLAS DE LEZO.

12.1 Novedad del Prestador.

|  |   |                                    |   |
|--|---|------------------------------------|---|
| a) Cierre del Prestador                                  | b) Disolución o liquidación de la entidad | c) Cambio de domicilio             | d) Cambio de nomenclatura   |
| e) Cambio de 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. |   |                                    |   |

12.2 Novedades de la sede.

|                                  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|
| a) Apertura de la sede           | a) Cierre de la sede   | b) Cambio de domicilio                       | c) Cambio de nomenclatura  |
| d) Cambio de 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 la sede, que no implique cambio de razón social |
| h) Cambio de horario de atención |  |  |  |

12.3 Novedades de Capacidad Instalada.

|                      |  |                            |                       |
|----------------------|--|----------------------------|-----------------------|
| a) Apertura de camas | c) Apertura de salas ó l)Apertura de Salas de Procedimientos | e) Apertura de ambulancias | g) Apertura de Sillas |
| b) Cierre de camas   | d) Cierre de salas ó j)Cierre de Salas de Procedimientos     | f) Cierre de ambulancias   | h) Cierre de Sillas   |

12.4 Novedades de Servicios.

|   |  |   |    |                             |
|---|--|---|----|-----------------------------|
| a) Apertura de servicios                        | b) Cierre temporal de servicios                  | b) Cierre definitivo de servicios               | SI | c) Apertura de modalidad    |
| d) Cierre de modalidad                          | e) Cambio de 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                         |    |                             |

B. DESCRIPCIÓN DE LAS NOVEDADES.

12.1 Novedad del Prestador.

Handwritten signature and date: 11/02/2019

|  |   |                                    |  |
|--|---|------------------------------------|--|
| a) Cierre del Prestador                                  | b) Disolución o liquidación de la entidad | c) Cambio de domicilio             | d) Cambio de nomenclatura  |
| e) Cambio del 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. |   |                                    |  |

**12.2 Novedades de la sede.**

|                                  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|
| a) Apertura de la sede           | a) Cierre de la sede   | b) Cambio de domicilio                       | c) Cambio de nomenclatura  |
| d) Cambio de 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 la sede, que no implique cambio de razón social |
| h) Cambio de horario de atención |  |  |  |

**12.3 Novedades de Capacidad Instalada.**

|                      |   |                            |                       |
|----------------------|---|----------------------------|-----------------------|
| a) Apertura de camas | c) Apertura de salas ó i) Apertura de Salas de Procedimientos | e) Apertura de ambulancias | g) Apertura de Sillas |
| b) Cierre de camas   | d) Cierre de salas ó j) Cierre de Salas de Procedimientos     | f) Cierre de ambulancias   | h) Cierre de Sillas   |

**12.4 Novedades de Servicios.**

|   |  |   |    |                             |
|---|--|---|----|-----------------------------|
| a) Apertura de servicios                        | b) Cierre temporal de servicios                  | b) Cierre definitivo de servicios               | SI | c) Apertura de modalidad    |
| Ver Tabla: Novedades Servicios.                 |  |   |    |                             |
| d) Cierre de modalidad                          | e) Cambio de 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                         |    |                             |

Tabla: Novedades Servicios.

CONVENCIONES:

|                                |                               |   |                         |   |                                   |   |  |                             |
|--------------------------------|-------------------------------|---|-------------------------|---|-----------------------------------|---|--|-----------------------------|
| AMB: Intramural Ambulatorio.   | UNM: Extramural Unidad Móvil. | CRE: Telemedicina Centro Referencia.    | CBA: Complejidad Baja.  | AS: Apertura Servicio.  | AMS: Apertura Modalidad Servicio. | TRSS: Traslado de servicio. TRSS: Sede donde se traslada el servicio. | CMED: Cambio médico oncólogo o trasplante. | SRE: Servicio reactivación. |
| HOSP: Intramural Hospitalario. | DOM: Extramural Domiciliario. | IRE: Telemedicina Institución Remisora. | CME: Complejidad Media. | CDS: Cierre Definitivo Servicio. CTS: Cierre Temporal Servicio. | CMS: Cierre Modalidad Servicio.   | TRSO: Observación s traslado del servicio.                            | CMEDM: Médico oncólogo o trasplante.       |                             |
|                                | OEX: Extramural Otras.        |   | CAL: Complejidad Alta.  |   | CCS: Cambio Complejidad Servicio. |   |  |                             |

| GRUPO SERVICIO   | COD | NOMBRE SERVICIO       | AMB | HOS | UN M | DO M | OEX | CRE | IRE | CBA | CME | CAL | AS | CDS | CTS | AMS | CMS | CCS | TRS | TRSS | TRSO | CME D | CMEDM | SRE |
|------------------|-----|-----------------------|-----|-----|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|-------|-------|-----|
| CONSULTA EXTERNA | 333 | NUTRICIÓN Y DIETÉTICA | SI  |     |      |      |     |     |     | SI  |     |     |    | SI  |     |     |     |     |     |      |      |       | 0     |     |

NOTA: EL DILIGENCIAMIENTO EN EL APLICATIVO Y LA PRESENTACIÓN DE ESTE FORMULARIO A LA ENTIDAD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL DE SALUD, NO APLICA COMO HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS, SERVICIOS DE ALTA COMPLEJIDAD Y SERVICIOS ONCÓLOGICOS, ESTOS REQUIEREN PARA SU HABILITACIÓN TENER VERIFICACIÓN PREVIA, DE ACUERDO CON EL ARTICULO 58 DE LA LEY 1438 DE 2011. TAMBIÉN REQUIEREN TENER VERIFICACIÓN PREVIA LOS SERVICIOS DE: OBSTETRICIA, TRANSPORTE ASISTENCIAL DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014.

HASTA TANTO SE ACERQUE A LA ENTIDAD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL DE SALUD DE SU JURISDICCIÓN, Y RADIQUE EL FORMULARIO DE NOVEDADES Y ANEXE LOS DOCUMENTOS COMO SE MENCIONA EN EL NUMERAL 3.5 DE LA HOJA NO. 206 DE LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014, NO SE CONSIDERARÁ RADICADA LA NOVEDAD Y NO SE VERÁ REFLEJADA EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - REPS, LO ANTERIOR, SEGÚN LO NORMADO EN DICHA RESOLUCIÓN. DESEA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LAS NOVEDADES: RESOLUCIÓN 2003 DE 2.014.

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

CC - 73156364 - ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ

Tipo de identificación - Número de identificación - Nombres y Apellidos del Representante Legal o Profesional Independiente

*Boissio Bermudez*  
19/07/2017

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. Parágrafo 1)

Los anteriores datos tienen como fuente de información, la plataforma software REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud) - Formulario de Novedades de Prestadores de Servicios de Salud.

Elaborado por:130010087101

Impreso por:130010087101

Versión 5.0.

Fecha de impresión: lunes 11 de febrero de 2019 (12:08 p. m.).