



Fecha de impresión: lunes 15 de abril de 2019 (2:37 p. m.).

Formulario de novedades.

PRESTADOR.

| Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud | | | | |
|--|-----|-------------------|-------|---|
| 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 | 4 | 26 | 03556 | DADIS |
| 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. 130010087122-CENTRO DE SALUD LIBANO | | |
| 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. 130010087122-CENTRO DE SALUD LIBANO.

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 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 | SI | b) Cierre temporal de servicios | SI | b) Cierre definitivo de servicios | 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.

1/2 *[Handwritten signature]* 26/2019 *[Handwritten initials]*

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|------------------------------------|--|--|--|
| 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 | SI | b) Cierre temporal de servicios | SI | b) Cierre definitivo de servicios | | c) Apertura de modalidad | |
| Ver Tabla: Novedades Servicios. | | 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 UNM: Extramural 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.
 Ambulatorio. DOM: Extramural Domiciliario. IRE: Telemedicina Centro Referencia. CDS: Cierre Definitivo Servicio. CTS: Cierre Temporal Servicio. CCS: Cambio Complejidad Servicio. TRSO: Observaciones traslado del servicio. CMEDM: Médico oncólogo o trasplante.

| 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 | |
| PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA | 918 | PROTECCIÓN ESPECIFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES | Aper tura | | | | | | | Aper tura | | | 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

[Handwritten signature]
 20/05/2014
 26/05/2014
 2/2