



Fecha de impresión: miércoles 04 de marzo de 2020 (2:56 p. m.).

Formulario de novedades.

PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

|  |     |                   |       |   |
|--|-----|-------------------|-------|---|
| <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: |
| 2020   | 03  | 10                | 03034 | DADIS   |
| Año  | Mes | Día               |       |   |

**A. IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD 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. 130010087120-PUESTO DE SALUD FOCO ROJO                                |                       |                          |
| 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 ó Resolución 3100 de 2019) que está presentando el Prestador de Servicios de Salud en su Sede: BOLÍVAR-CARTAGENA. 130010087120-PUESTO DE SALUD FOCO ROJO.

**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) | SI |
| 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 | e) Apertura de ambulancias  | g) Apertura de Sillas |  |
| b) Cierre de camas      | d) Cierre de salas   | f) Cierre de ambulancias    | h) Cierre de Sillas   |  |
| i) Apertura de camillas |                      | k) Apertura de consultorios |                       |  |
| j) Cierre de camillas   |                      | l) Cierre de consultorios   |                       |  |

**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.**

PAI  
PAI

### 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 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)   | SI |
|  |   |                                    | Teléfono:3168777133 -6505898 Fax: Correo Electrónico:coord.calidad@esecartagena.deindias.gov.co Sitio Web:http://esecartagena.deindias.gov.co/ |    |
| 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        | e) Apertura de ambulancias | g) Apertura de Sillas |  |
| b) Cierre de camas      | d) Cierre de salas          | f) Cierre de ambulancias   | h) Cierre de Sillas   |  |
| i) Apertura de camillas | k) Apertura de consultorios |                            |                       |  |
| j) Cierre de camillas   | l) Cierre de consultorios   |                            |                       |  |

### 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 y traslado del servicio.                            | CMEDM: Médico oncólogo o trasplante.       |                             |
|                                | OEX: Extramural Otras.        |   | CAL: Complejidad Alta.  |   |                                   |   |  |                             |

| 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 |
|----------------|-----|------------------------|-----|-----|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|-------|-------|-----|
| PROCESOS       | 950 | PROCESO ESTERILIZACIÓN | SI  |     |      |      |     |     |     | SI  |     |     |    | SI  |     |     |     |     |     |      |      |       | 0     |     |


NOTA: EL DILIGENCIAMIENTO EN EL APLICATIVO Y LA PRESENTACIÓN DE ESTE FORMULARIO A LA ENTIDAD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL DE SALUD O LA ENTIDAD QUE TENGA A CARGO DICHAS COMPETENCIAS, NO APLICA COMO HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

HASTA TANTO SE ACERQUE A LA ENTIDAD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL DE SALUD O LA ENTIDAD QUE TENGA A CARGO DICHAS COMPETENCIAS DE SU JURISDICCIÓN, Y RADIQUE EL FORMULARIO DE NOVEDADES Y ANEXE LOS DOCUMENTOS COMO SE MENCIONA EN LAS RESOLUCIONES 2003 DE 2014 Ó 3100 DE 2019, SEGÚN CORRESPONDA.

SI DESEA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LAS NOVEDADES DIRÍJASE A LA ENTIDAD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL DE SALUD O LA ENTIDAD QUE TENGA A CARGO DICHAS COMPETENCIAS, QUIENES TIENEN LA FACULTA DE BRINDARLE ASISTENCIA TÉCNICA, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL DECRETO 780 DE 2016, ARTÍCULO 2.5.1.2.3, NUMERAL 3.

ROQUE ISMAEL BOSSIO BERMUDEZ, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN ESTE FORMULARIO ES VERAZ Y QUE CUMPLO CON LOS REQUISITOS Y CONDICIONES DEFINIDAS EN LA REGLAMENTACIÓN LEGAL VIGENTE PARA LA HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

9



---

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

**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 Y 3100 de 2019.)

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. Formulario de Novedades de Prestadores de Servicios de Salud.

Elaborado por:130010087101

Impreso por:130010087101

Versión 8.0.

Fecha de impresión: miércoles 04 de marzo de 2020 (2:58 p. m.).