



Sistema de Información de Habilitación - SOGC de
la Dirección de Prestación de Servicios y Atención
Primaria.

Ministerio de Salud y Protección Social.

MANUAL DEL USUARIO REPS
Usuario: NOVEDADES PRESTADORES

Registro Especial de Prestadores de Servicios de
Salud –REPS.

Contenido

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Requisitos del Sistema de Habilitación | 3 |
| 1.1 | Requerimientos | 3 |
| 2 | Perfil del Prestador..... | 5 |
| 2.1.1 | Formulario de novedades, renovación y/o autoevaluación de servicios. | 5 |
| 2.1.1.1 | Inicio de sesión..... | 5 |
| 2.1.1.2 | Documentación..... | 6 |
| 2.1.1.3 | Tutoriales REPS | 6 |
| 2.1.1.4 | Tutoriales Autoevaluación | 6 |
| 2.1.1.5 | Novedades | 7 |
| 2.1.1.6 | Apertura de sede | 16 |
| 2.1.1.7 | Autoevaluación de servicios..... | 19 |
| 2.1.1.8 | Cambio de contraseña | 22 |
| 3 | Control de cambios | 23 |

1 Requisitos del Sistema de Habilitación

La situación actual del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, presenta inconsistencias en la información y atraso en la consolidación de la información por parte de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, se hace necesario ofrecer al país la oferta de prestadores de servicios de salud con información de calidad y oportuna, dando cumplimiento a lo definido en el Decreto 1011 de 2006 y sus resoluciones reglamentarias 1043 de 2006 y 2680 de 2007. Por lo expuesto anteriormente se requiere de un aplicativo que permita a los diferentes actores del sistema capturar, validar y consolidar los datos de una manera segura y oportuna utilizando tecnología Web que permita mantener la información actualizada en línea.

Se han identificado lo siguientes requerimientos generales para cada uno de los actores del sistema:

- Ciudadano: Consultar la información de los prestadores de servicios de salud.
- Prestador: Diligenciar la información exigida para la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud y para la notificación de novedades de prestadores e impresión de formularios.
- Direcciones Departamentales y Distritales de Salud: Realizar el proceso de habilitación de prestadores, llevar control de los distintivos de habilitación, reportar al Ministerio de la Protección Social la información resultado de las visitas de verificación, incorporar las novedades al registro especial de prestadores de servicios de salud y consultar la información.
- Ministerio de Protección Social: Inventariar los distintivos de habilitación, consolidar la información y darla a conocer a todos los actores del sistema.

1.1 Requerimientos

Como necesidades a nivel de datos, comunicaciones y sistemas se requiere de un sistema que permita:

| Requisito | Descripción |
|------------------|---|
| Rq01 | Centralizar la base de datos para permitir realizar ajustes y depuración de manera integrada |
| Rq02 | Contar con una base paramétrica que permita la creación versiones eliminando la distribución de aplicativos en el momento en que se realicen cambios a la normativa vigente |
| Rq03 | Facilitar la integración con los demás sistemas del Ministerio y con los sistemas de otras entidades, utilizando los recursos y herramientas que para tal fin posee el MPS |
| Rq04 | Aprovechar la infraestructura de comunicaciones y de sistemas que posee el Ministerio para la publicación de los informes y estadísticos en la página Web |
| Rq05 | Posibilitar un servicio para la transferencia de información a través de captura vía Web |
| Rq06 | Permitir que la información capturada por los prestadores y direcciones departamentales y distritales de salud esté a disposición de los actores del sistema en tiempo real |
| Rq07 | Disminuir la carga operativa en la generación de reportes a los encargados del sistema, ya que esta labor requiere de varias horas que deben ser dedicadas al seguimiento y acompañamiento de las DTS |
| Rq08 | Permitir a los prestadores el diligenciamiento del formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud para su presentación ante las direcciones departamentales o distritales de salud. |
| Rq09 | Permitir el diligenciamiento del formulario de novedades del prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud para su presentación ante las direcciones departamentales o distritales de salud. |
| Rq10 | Permitir a las direcciones departamentales y distritales de salud la inscripción de prestadores y habilitación de los servicios en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. |
| Rq11 | Permitir a las direcciones departamentales y distritales de salud la incorporación de novedades en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. |
| Rq12 | Permitir a las direcciones departamentales y distritales de salud registrar el reporte de visitas de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación realizada a los prestadores de servicios de salud de su jurisdicción. |

| Requisito | Descripción |
|------------------|--|
| Rq13 | Permitir al Ministerio de la Protección Social la administración del inventario de los distintivos de habilitación. |
| Rq14 | Permitir a las direcciones departamentales y distritales de salud el registro de la entrega de distintivos a prestadores y anulación de distintivos de habilitación. |
| Rq15 | Mantener la información histórica de los prestadores de servicios de salud. |
| Rq16 | Permitir a las direcciones departamentales y distritales de salud la exportación de la información de inscripción y novedades para alimentar las bases de datos locales. |
| Rq17 | Permitir a los prestadores de servicios de salud renovar la habilitación. |
| Rq18 | Permitir al Ministerio de la Protección Social realizar por solicitud de las DTS la depuración de la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. |
| Rq19 | Ofrecer consultas para el seguimiento y control de la gestión de las direcciones departamentales y distritales de salud. |
| Rq20 | Ofrecer al país la información vigente de la oferta de prestadores de servicios de salud. |
| Rq21 | Ofrecer las consultas de tipo estadístico que son fuente para la Política de Prestación de Servicios de Salud del Ministerio de la Protección Social |

2 Perfil del Prestador.

Los prestadores tienen acceso al aplicativo con el fin de realizar el diligenciamiento de los formularios de Inscripción y novedades en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud los cuales deberán presentar posteriormente ante las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud para efectos de su inclusión en el Registro.

2.1.1 Formulario de novedades, renovación y/o autoevaluación de servicios.

Para acceder los prestadores deberán ingresar a la página Web de la Dirección Departamental o Distrital de salud ante la que va a realizar la novedad y/o autoevaluación de servicios, al enlace formulario de novedades.

O en su defecto puede ingresar al link:

http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/ingreso_prestadores.aspx

NOTA: Este link solo es permitido para el proceso de novedad y/o autoevaluación de servicios. No es posible para el registro de inscripción de un futuro prestador de servicios de salud.

2.1.1.1 Inicio de sesión

Para comenzar se debe iniciar sesión con el usuario y la contraseña definida por el administrador para la sede principal del prestador. El usuario corresponde a los 12 dígitos de la sede principal y la contraseña para el primer ingreso se conforma así: Departamento (2 dígitos) + Municipio (3 dígitos) + Nit o Cédula sin dígito de verificación + Número de sede principal (2 dígitos)


INGRESO DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO DE NOVEDADES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD...

Si usted es prestador de servicios de salud, el usuario son los 12 dígitos de la sede principal y la contraseña: Departamento (2 dígitos) + Municipio (3 dígitos) + Nit o Cédula sin dígito de verificación + Número de sede principal(2 dígitos)

Por su seguridad por favor: Cambie su contraseña en el primer ingreso de este formulario.

| | |
|---|--------------------------|
| Usuario | <input type="text"/> |
| Contraseña | <input type="password"/> |
| <input type="button" value="Ingresar"/> | |

[Olvidé la contraseña ...](#)



* Hasta tanto no se acerque a la Entidad Departamental o Distrital de Salud de su jurisdicción, y radique el formulario de novedades y los documentos anexos, NO se considerará realizada la novedad y no se verá reflejada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Ingresar. Una vez digitados el usuario y la contraseña, se debe dar clic en el botón *Ingresar*, para comenzar con el diligenciamiento de la información de la novedad en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Se presentará la siguiente ventana.



Al lado izquierdo de la pantalla visualizará el menú completo del formulario de NOVEDADES.

En el pie de página del formulario en la zona de color rojo allí estará el nombre del prestador de servicios de salud que ha ingresado para solicitar afectar la información por medio del formulario de novedades y/o autoevaluación de servicios.

Siguiendo en el pie de página nos encontramos con la fecha de ingreso actual y para terminar al lado derecho se encuentra la opción de la cuenta de correo electrónico donde el prestador puede enviar los requerimientos que desee sobre el tema del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.

Observemos el menú completo, con cada uno de los módulos, para el formulario de novedades y/o autoevaluación de servicios.

2.1.1.2 Documentación

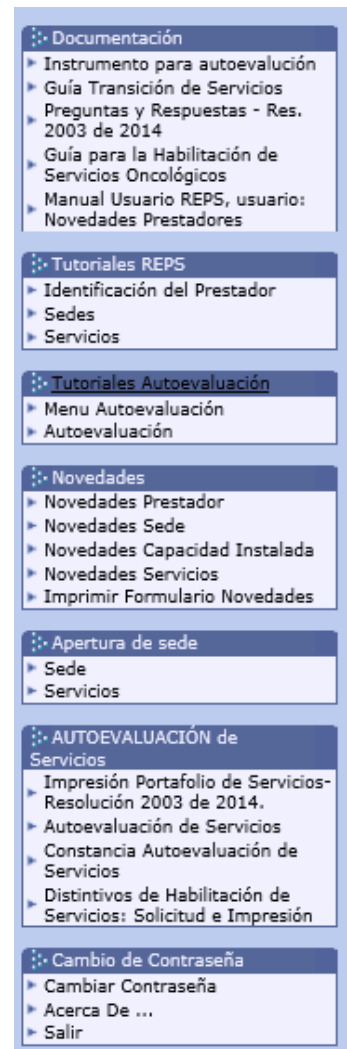
Opción que permite visualizar, documentos PDF para consulta del prestador de servicios de salud.

2.1.1.3 Tutoriales REPS

Opción que permite visualizar, por medio de video ayudas didácticas para los temas de novedades de los prestadores de servicios de salud.

2.1.1.4 Tutoriales Autoevaluación

Opción que permite visualizar, por medio de video ayudas didácticas para los temas de autoevaluación de servicios – Resolución 2003 de 2014.



2.1.1.5 Novedades

Es el reporte de todos aquellos eventos que modifiquen, adicionen o sustituyan la información registrada en el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Las novedades se pueden presentar a lo largo de la prestación de servicios, las cuales deberán ser presentadas ante la Dirección Departamental y Distrital para su incorporación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

2.1.1.5.1 Novedades del Prestador

De acuerdo con lo establecido en el artículo 7 de la Resolución 2680 de 2007, se consideran novedades del prestador las siguientes:

Profesionales independientes:

- Cierre de entidad o prestador

IPS, Transporte Especial de pacientes y Entidades con Objeto social diferente:

- Cambio de domicilio
- Cambio de nomenclatura
- Cambio de representante legal
- Disolución o liquidación de la entidad
- En proceso de disolución o liquidación de la entidad
- Cierre de entidad o prestador
- Transformación de la institución que no implique cambio de Nit, o creación de una nueva.

Formulario de Captura

Registra la información de la novedad del prestador:

CAMBIO DE DOMICILIO, UBICACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA IPS

- Dirección: Dirección administrativa de la IPS.
- Teléfono(s): El (los) número(s) de teléfono(s) para asuntos administrativos, incluido el indicativo de país y ciudad
- Fax: Número de fax para asuntos administrativos, incluidos indicativos de país y ciudad
- Correo electrónico. Escriba la dirección de correo electrónico, obligatorio.

CAMBIO DE NOMENCLATURA, UBICACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA IPS

- Dirección: Dirección administrativa de la IPS.

CAMBIO DE REPRESENTANTE LEGAL

- Tipo de Identificación: Tipo del documento de identificación del representante legal de la entidad: Cédula Ciudadanía, Cédula Extranjería.
- Número de Identificación: Número del documento de identificación de la persona que actúa como representante legal de la entidad.
- Primer Apellido: Primer apellido de la persona que actúa como representante legal
- Segundo Apellido: Segundo apellido de la persona que actúa como representante legal.
- Primer Nombre: Primer nombre de la persona que actúa como representante legal
- Segundo Nombre: Segundo nombre (si lo tiene) de la persona que actúa como representante legal

DISOLUCION O LIQUIDACION DE LA ENTIDAD: No requiere información adicional, cuando se marca este tipo de novedad en el momento que es verificada y registrada por parte de la Dirección Departamental y Distrital de Salud, pierde vigencia la habilitación del prestador con todas sus sedes y servicios.

EN PROCESO DE DISOLUCION O LIQUIDACION DE LA ENTIDAD: No requiere información adicional, cuando se marca este tipo de novedad en el momento que es verificada y registrada por parte de la Dirección Departamental y Distrital de Salud, se informa que se encuentra en proceso no tiene ningún efecto en la habilitación.

CIERRE DE ENTIDAD O PRESTADOR: No requiere información adicional, cuando se marca este tipo de novedad en el momento que es verificada y registrada por parte de la Dirección Departamental y Distrital de Salud, pierde vigencia la habilitación del prestador con todas sus sedes y servicios.

TRANSFORMACION

- Nombres y Apellidos del profesional independiente o Razón Social de la IPS: Razón Social de la IPS.

NOVEDADES PRESTADOR

| SELECCIONE EL O LOS TIPOS DE NOVEDAD QUE ESTA REPORTANDO | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Cambio Domicilio | <input type="checkbox"/> Cambio Nomenclatura |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cambio Representante Legal | |
| <input type="checkbox"/> Disolución/Liquidación | <input type="checkbox"/> En Proceso de Disolución/Liquidación |
| <input type="checkbox"/> Cierre Entidad o Prestador | <input type="checkbox"/> Transformación |
| IDENTIFICACION DEL PRESTADOR | |
| Código de habilitación sede principal | 110018888801 |
| Clase de Prestador | Instituciones - IPS |
| Nombres y Apellidos del PI o Razón Social de la IPS | IPS MANUAL DE USUARIO |
| Tipo Documento | Nit |
| Número Documento | 989898989 6 |
| Tipo de Persona | JURIDICO |
| Naturaleza Jurídica | Privada |
| Sitio Web | |
| REPRESENTANTE LEGAL | |
| Tipo de Identificación | Cédula Ciudadanía |
| Número de Identificación | 12345678 |
| Primer Apellido | Vargas |
| Segundo Apellido | Vargas |
| Primer Nombre | Mario |
| Segundo Nombre | |
| UBICACION DEL PROFESIONAL INDEPENDIENTE O UBICACION ADMINISTRATIVA DE LA IPS | |
| Departamento | Bogotá D.C |
| Municipio | BOGOTÁ |
| Dirección | CL 567 # 150 - 03 CS 102 |
| Teléfono(s) | (571)5111111 |
| Fax | |
| Correo Electrónico | ipsmanual@ips.com |

2.1.1.5.2 Novedades de sede

De acuerdo con lo establecido en el artículo 7 de la Resolución 2680 de 2007, se consideran novedades de sedes de prestación de servicios las siguientes:

- Cambio de sede principal
- Cambio de domicilio
- Cambio de nomenclatura
- Cambio de nombre de una de las sedes que no implique cambio de razón social.
- Cierre sede
- Cambio horario
- Cambio de director, gerente o responsable. Aplica a IPS, Transporte Especial de pacientes y Entidades con Objeto social diferente

Formulario de Captura

Registra la información de novedades de la sede de prestación de servicios de salud:

CAMBIO DE SEDE PRINCIPAL: No requiere información adicional, cuando se marca este tipo de novedad en el momento que se verifica y registra por parte de la Dirección Departamental y Distrital de Salud, la sede marcada con el tipo de novedad pasa a ser la sede principal del prestador.

CAMBIO DE DOMICILIO

- Centro Poblado: Centro poblado donde se ubica la sede.
- Zona: Rural o urbana.
- Dirección: Dirección de la sede de prestación de servicios
- Barrio: nombre del barrio o urbanización de la sede de prestación de servicios.
- Teléfono: El (los) número(s) de teléfono(s) de la sede de prestación de servicios, incluido el indicativo de país y ciudad
- Fax: Número de fax de la sede de prestación de servicios, incluidos indicativo de país y ciudad.
- Correo electrónico: Dirección de correo electrónico, obligatorio.

CAMBIO DE NOMENCLATURA

- Dirección: Dirección de la sede de prestación de servicios, para diligenciar esta casilla utilice las convenciones:

CAMBIO DE NOMBRE DE SEDE

- Nombre de la Sede: Nombre completo de la sede tal como aparece en el acto administrativo por el cual fue creada.

CIERRE DE SEDE: No requiere información adicional, cuando se marca este tipo de novedad en el momento que es verificada y registrada por parte de la Dirección Departamental y Distrital de Salud, pierde vigencia la habilitación de la sede y sus servicios.

CAMBIO DE DIRECTOR O GERENTE

- Nombre del Gerente: Nombres y apellidos del director, gerente o responsable de la IPS.

CAMBIO DE HORARIO DE LA SEDE

- Horario. Indique los días y las horas de atención en que presta los servicios.

NOVEDADES SEDE

| DATOS GENERALES DEL PRESTADOR | | | |
|--|--|--|---------|
| Código habilitación sede principal | 110019999901 | | |
| Nombres y apellidos del PI o Razón social de la IPS | Jose Asunción Silva Gomez | | |
| Clase de Prestador | Profesional Independiente | | |
| DATOS DE LA SEDE | | | |
| Código habilitación sede | 110019999901-José Asunción Silva Gómez | | |
| Nombre de la Sede | José Asunción Silva Gómez | | |
| Departamento | Bogotá D.C. | | |
| Municipio | BOGOTÁ | | |
| SELECCIONE EL O LOS TIPOS DE NOVEDAD QUE ESTA REPORTANDO | | | |
| <input type="checkbox"/> Cambio Sede Principal | <input checked="" type="checkbox"/> Cambio Domicilio | <input type="checkbox"/> Cambio Nomenclatura | |
| <input type="checkbox"/> Cambio Director/Gerente | <input type="checkbox"/> Cambio Nombre Sede | | |
| <input type="checkbox"/> Cierre Sede | <input checked="" type="checkbox"/> Cambio Horario | | |
| DATOS DE LA SEDE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD QUE PRESENTA LA NOVEDAD | | | |
| Centro Poblado | [Dropdown] | | |
| Zona | URBANA | | |
| Dirección | CL 314A # 47A-88 | | |
| Barrio | Divino tesoro | | |
| Teléfono(s) | (571)2111111 (571)4111111 | | |
| Fax | [Empty] | | |
| Correo Electrónico | prestadormanual@gmail.com | | |
| Lunes | 08 a 18 | Martes | 08 a 18 |
| Miércoles | 08 a 17 | Jueves | 08 a 18 |
| Viernes | 08 a 18 | Sábado | 08 a 13 |
| Domingo | 00 a 00 | | |

2.1.1.5.3 Novedades de capacidad instalada

De acuerdo con lo establecido en el artículo 7 de la Resolución 2680 de 2007, se consideran novedades de capacidad instalada las siguientes:

- Apertura de camas
- Cierre de camas
- Apertura de salas
- Cierre de salas
- Apertura de ambulancias
- Cierre de ambulancias

Formulario de Captura

Registra la información de novedades de capacidad instalada:

APERTURA O CIERRE DE CAMAS Y SALAS: El sistema presenta la lista con la capacidad instalada habilitada, selección de la lista a la cual va a realizar la novedad.

- Tipo de novedad: Indique apertura o cierre.
- Cantidad actual: El sistema presenta la cantidad de camas o salas declaradas a la fecha.
- Cantidad total con la novedad: Cantidad de camas o salas después de novedad, el sistema valida que sea una cantidad superior cuando el tipo de novedad es apertura o una cantidad menor cuando el tipo de novedad es cierre.

| DATOS GENERALES DEL PRESTADOR | |
|---|-----------------------|
| Código habilitación de la sede principal | 110018888801 |
| Nombres y apellidos del PI o Razón social de la IPS | IPS MANUAL DE USUARIO |
| Clase de prestador | Instituciones - IPS |
| DATOS DE LA SEDE | |
| Código habilitación sede | 110018888801-Sede 1 |
| Departamento | Bogotá D.C. |
| Municipio | BOGOTÁ |
| CAPACIDAD INSTALADA | |
| Grupo | CAMAS |
| Concepto | Adultos |
| Tipo Novedad | Apertura |
| Cantidad Actual | 20 |
| Cantidad total con la Novedad | 25 |

SELECCIONE DE LA SIGUIENTE RELACION LA CAPACIDAD INSTALADA A LA CUAL DESEA REGISTRAR LA NOVEDAD

| Grupo | Concepto | Cantidad actual | Cantidad | Número de Placa | Modalidad | Modelo | Número Tarjeta | Tipo Novedad | Tipo novedad ambulancia |
|-------------|----------|-----------------|----------|-----------------|-----------|--------|----------------|--------------|-------------------------|
| AMBULANCIAS | Básica | 1 | 0 | 000555 | TERRESTRE | 2009 | 000555 | | |
| CAMAS | Adultos | 20 | 0 | | | 0 | | | |

APERTURA DE AMBULANCIAS: Se requiere que el servicio de transporte especial de pacientes se encuentre habilitado. El sistema presenta el concepto de acuerdo con el o los servicios que aparezcan habilitados en el REPS.

- Concepto: Indique básica o medicalizada.
- Tipo de novedad: El sistema presenta apertura.
- Placa: Número de la placa de la ambulancia, el sistema valida que no se encuentre habilitada por otro prestador.
- Modalidad: Modalidad de transporte de la ambulancia, Terrestre, Aérea, Marítima ó Fluvial.
- Año Modelo: Cuatro dígitos el año de modelo de la ambulancia
- No. Tarjeta de Propiedad: Digite el número del documento o carta de propiedad de la ambulancia tal como aparece en ese documento.

NOVEDADES CAPACIDAD INSTALADA

| DATOS GENERALES DEL PRESTADOR | |
|---|-----------------------|
| Código habilitación de la sede principal | 110018888801 |
| Nombres y apellidos del PI o Razón social de la IPS | IPS MANUAL DE USUARIO |
| Clase de prestador | Instituciones - IPS |
| DATOS DE LA SEDE | |
| Código habilitación sede | 110018888801-Sede 1 |
| Departamento | Bogotá D.C |
| Municipio | BOGOTÁ |
| CAPACIDAD INSTALADA | |
| Grupo | AMBULANCIAS |
| Concepto | Básica |
| Tipo Novedad | Apertura |
| Placa | |
| Modalidad | |
| Año Modelo | |
| No. Tarjeta Propiedad | |

SELECCIONE DE LA SIGUIENTE RELACION LA CAPACIDAD INSTALADA A LA CUAL DESEA REGISTRAR LA NOVEDAD

| Grupo | Concepto | Cantidad actual | Cantidad | Número de Placa | Modalidad | Modelo | Número Tarjeta | Tipo Novedad | Tipo novedad ambulancia |
|-------------|----------|-----------------|----------|-----------------|-----------|--------|----------------|--------------|-------------------------|
| AMBULANCIAS | Básica | 1 | 0 | 000555 | TERRESTRE | 2009 | 000555 | | |
| CAMAS | Adultos | 20 | 0 | | | 0 | | | |

CIERRE DE AMBULANCIAS: El sistema presenta la lista con la capacidad instalada habilitada, seleccione de la lista la ambulancia a la cual va a realizar la novedad de cierre. Grabe, no requiere capturar información adicional.

NOVEDADES CAPACIDAD INSTALADA

| DATOS GENERALES DEL PRESTADOR | |
|---|-----------------------|
| Código habilitación de la sede principal | 110018888801 |
| Nombres y apellidos del PI o Razón social de la IPS | IPS MANUAL DE USUARIO |
| Clase de prestador | Instituciones - IPS |
| DATOS DE LA SEDE | |
| Código habilitación sede | 110018888801-Sede 1 |
| Departamento | Bogotá D.C |
| Municipio | BOGOTÁ |
| CAPACIDAD INSTALADA | |
| Grupo | AMBULANCIAS |
| Concepto | Básica |
| Tipo Novedad | Cierre |
| Placa | 000555 |
| Modalidad | TERRESTRE |
| Año Modelo | 2009 |
| No. Tarjeta Propiedad | 2211334455 |

SELECCIONE DE LA SIGUIENTE RELACION LA CAPACIDAD INSTALADA A LA CUAL DESEA REGISTRAR LA NOVEDAD

| Grupo | Concepto | Cantidad actual | Cantidad | Número de Placa | Modalidad | Modelo | Número Tarjeta | Tipo Novedad | Tipo novedad ambulancia |
|-------------|----------|-----------------|----------|-----------------|-----------|--------|----------------|--------------|-------------------------|
| AMBULANCIAS | Básica | 1 | 0 | 000555 | TERRESTRE | 2009 | 000555 | | |
| CAMAS | Adultos | 20 | 0 | | | 0 | | | |

2.1.1.5.4 Novedades de servicios

De acuerdo con lo establecido en el artículo 7 de la Resolución 2680 de 2007, se consideran novedades de servicios las siguientes:

- Apertura de servicios
- Cierre definitivo
- Cierre temporal
- Apertura de modalidad de atención
- Cierre de modalidad de atención
- Cambio complejidad del servicio

Formulario de Captura

Registra la información de novedades de servicios:

APERTURA DE SERVICIOS: Marcar apertura de servicios y el sistema presentará el siguiente formulario de captura.

- Grupo: Indique el grupo para el servicio, según corresponda.
- Servicio: Indique el servicio que ofrece en la sede
- Modalidad: Indique para cada uno de los servicios listados la modalidad de los servicios que ofrece en la sede.

Los servicios se clasifican en tres modalidades: Intramural, Extramural y Telemedicina

En los Intramurales. Se consideran los servicios ambulatorios y los hospitalarios

Ambulatoria: Son los servicios destinados para la espera de pacientes, consultorios, ambientes de apoyo, atención de urgencias y espacios para las actividades de promoción y prevención. Comprende: consulta externa, servicio de urgencias y en general los servicios que se prestan en forma intramural, no requieren de la internación del usuario por un período de 24 horas o más.

Cirugía ambulatoria: Servicio destinado a la realización de procedimientos e intervenciones quirúrgicas ambulatorias que requieren total asepsia, se realizan en salas quirúrgicas, pero que no requieren de internación del paciente. Pueden ser generales o exclusivos para las diferentes especialidades.

Hospitalaria. Son los servicios destinados al internamiento de pacientes para su diagnóstico, intervención, recuperación, tratamiento y/o rehabilitación.

En los Extramurales. Las unidades móviles, y los extramurales propiamente dichos, los servicios que se pueden prestar en el domicilio y los que corresponden al Grupo Otros.

Extramural: Son aquellos servicios que se ofrecen a la población en espacios acondicionados temporalmente para el desarrollo de las actividades y procedimientos específicos, los prestadores cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y la dirección territorial de salud. Para los Centros de Atención en Drogadicción - CAD se establece la modalidad Ambulatoria y Residencial, esta última se entenderá incluida en la columna de Otros.

Telemedicina: Provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a servicios que presentan limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.

CR (Centro de Referencia): es aquella institución prestadora de servicios de salud que cuenta con los recursos asistenciales especializados, y con las tecnologías de información y de comunicación suficientes y necesarios, para brindar a distancia el apoyo en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad, requerido por una o más instituciones remisoras en condiciones de oportunidad y seguridad

IR (Institución Remisora): es aquella institución prestadora de servicios de salud, localizada en un área con limitaciones de acceso o en la capacidad resolutive de uno o más de los componentes que conforman sus servicios, y que cuenta con tecnología de comunicaciones que le permite enviar y recibir información para ser apoyada por otra institución de mayor complejidad a la suya, en la solución de las necesidades de salud de la población que atiende, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad.

NOTA: Solo para este proceso temporal en la transición de servicios, aplicando solo en servicios nuevos de la Resolución 3100 de 2019, cuando se encuentre en esta opción, aparecerá una caja de texto (ver imagen abajo) que permite el registro de las modalidades de manera descriptiva. Esta misma es la que se visualizará en el momento del formulario de constancia de habilitación de servicios.

Para cuando dicho servicio requiera visita previa esta caja de texto, puede ser modificada por la Entidad Departamental o Distrital de Salud.

| APERTURA y REACTIVACIÓN DE SERVICIOS | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> a) Apertura Servicio. Señor PRESTADOR: Usted deberá GUARDAR todos los servicios que desea HABILITAR. Y posteriormente deberá ir a la acción NOVEDADES CAPACIDAD INSTALADA para guardar esta información si aplica para su NOVEDAD. | |
| <input type="checkbox"/> g) Reactivación de Servicio. Señor PRESTADOR: Al aplicar esta novedad, visualizará los servicios que están disponibles. | |
| REGISTRAR GRUPO Y SERVICIO | |
| Grupo Consulta Externa | Servicio 420-VACUNACIÓN |
| Después de GRABAR, ingrese por la opción de Novedades Capacidades Instaladas para diligenciar las cantidades que ofertará para: -SALAS:Procedimientos-CONSULTORIOS:Consulta Externa | |
| Intramural Extramural Telemedicina | <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospitalario <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Domiciliario <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> Centro Referencia <input type="checkbox"/> Institución Remisora |
| Observaciones: (Solo aplica para servicios nuevos de la Resolución 3100 de 2019. Describa las modalidades solamente como va ofertar el servicio nuevo de la Resolución 3100 de 2019 u otras observaciones de este servicio. | MODALIDADES: |
| Complejidad | <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta |

De esta manera no será posible realizar ninguna activación en las modalidades que se observan, están bloqueadas, se deberá utilizar solamente la opción de la caja de texto que se observa allí.

- Complejidad: Indique para cada uno de los servicios la complejidad de la atención baja, media y/o alta.

NOVEDADES SERVICIOS

| DATOS GENERALES DEL PRESTADOR | |
|--|--|
| Código habilitación sede principal | 110018888801 |
| Nombres y apellidos del PI o Razón social de la IPS | IPS MANUAL DE USUARIO |
| Clase de Prestador | Instituciones - IPS |
| DATOS DE LA SEDE | |
| Código habilitación sede | 110018888801-Sede 1 |
| Departamento | Bogotá D.C |
| Municipio | BOGOTÁ |
| APERTURA DE SERVICIOS | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Apertura Servicio | |
| SERVICIOS DE PRESTACION DE SERVICIOS | |
| Grupo | |
| Servicio | |
| MODALIDAD | |
| Intramural | <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospitalario |
| Extramural | <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Domiciliario <input type="checkbox"/> Otras |
| Telemedicina | <input type="checkbox"/> Centro Referencia <input type="checkbox"/> Institución Remisora |
| COMPLEJIDAD | |
| <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta | |

CIERRE DEFINITIVO O CIERRE TEMPORAL: Seleccionar el servicio habilitado al que va a reportar la novedad de cierre. No requiere captura de información adicional, cuando se marca este tipo de novedad en el momento que es verificada y registrada por parte de la Dirección Departamental y Distrital de Salud, pierde vigencia la habilitación del servicio.

APERTURA O CIERRE DE MODALIDAD O CAMBIO DE COMPLEJIDAD: Seleccionar el servicio habilitado al que va a reportar la novedad. El sistema presentara el siguiente formulario de captura:

- Grupo: El sistema presenta el grupo del servicio seleccionado.
- Servicio: El sistema presenta el servicio seleccionado
- Modalidad: Marque o desmarque la modalidad de acuerdo con la novedad.
- Complejidad: Marque o desmarque la complejidad de acuerdo con la novedad.

NOVEDADES SERVICIOS

| | |
|---|---|
| DATOS GENERALES DEL PRESTADOR | |
| Código habilitación sede principal | 110018888801 |
| Nombres y apellidos del PI o Razón social de la IPS | IPS MANUAL DE USUARIO |
| Clase de Prestador | Instituciones - IPS |
| DATOS DE LA SEDE | |
| Código habilitación sede | 110018888801-Sede 1 |
| Departamento | Bogotá D.C. |
| Municipio | BOGOTÁ |
| SERVICIOS DE PRESTACION DE SERVICIOS | |
| Grupo | Hospitalario |
| Servicio | 101-GENERAL ADULTOS |
| MODALIDAD | |
| Intramural | <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalario |
| Extramural | <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Domiciliario |
| Telemedicina | <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> Centro Referencia <input type="checkbox"/> Institución Remisora |
| COMPLEJIDAD | |
| <input type="checkbox"/> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta | |
| SELECCIONE EL O LOS TIPOS DE NOVEDAD QUE ESTA REPORTANDO PARA EL SERVICIO | |
| <input type="checkbox"/> Cierre Definitivo <input type="checkbox"/> Cierre Temporal | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Apertura Modalidad <input type="checkbox"/> Cierre Modalidad <input checked="" type="checkbox"/> Cambio Complejidad | |

2.1.1.5.5 Imprimir formulario de novedades

En esta opción, se presenta el Formulario de novedades diligenciado en su totalidad, el Prestador de Servicios de Salud debe acercarse a la Dirección Departamental o Distrital de Salud de su jurisdicción y presentar el formulario y los documentos anexos.

La información suministrada será verificada por la Entidad Departamental o Distrital de Salud, para efectos de su incorporación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Hasta tanto se acerque a la Entidad Departamental o Distrital de Salud de su jurisdicción, y radique el formulario y los documentos anexos. **NO** se considerará realizada la novedad.



Antes de diligenciar el formulario, por favor lea cuidadosamente el instructivo.
Formulario de distribución gratuita. Prohibida su venta.

v.4.0

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 | |
| 110018888801 | | 110018888801 | | IPS MANUAL DE USUARIO | |
| B. TIPO DE NOVEDAD | | | | | |
| 7. Novedad del Prestador | | | | | |
| Cambio Domicilio <input checked="" type="checkbox"/> Cambio Nomenclatura <input type="checkbox"/> Cambio Representante Legal <input type="checkbox"/> Disolución/Liquidación <input type="checkbox"/> | | | | | |
| En proceso de Disolución/Liquidación <input type="checkbox"/> Cierre Entidad o Prestador <input type="checkbox"/> Transformación <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 8. Novedad de Sede | | | | | |
| Cambio Sede Principal <input type="checkbox"/> Cambio Domicilio <input type="checkbox"/> Cambio Nomenclatura <input type="checkbox"/> Cambio Director/Gerente <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| Cambio Nombre Sede <input type="checkbox"/> Apertura Sede <input type="checkbox"/> Cierre Sede <input type="checkbox"/> Cambio Horario <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 9. Novedad de Capacidad Instalada | | | | | |
| Apertura Camas <input type="checkbox"/> Cierre Camas <input type="checkbox"/> Apertura Salas <input type="checkbox"/> Cierre Salas <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Apertura Ambulancias <input type="checkbox"/> Cierre Ambulancias <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 10. Novedad de Servicios | | | | | |
| Apertura Servicios <input type="checkbox"/> Cierre Definitivo <input type="checkbox"/> Cierre Temporal <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Apertura Modalidad <input checked="" type="checkbox"/> Cierre Modalidad <input type="checkbox"/> Cambio Complejidad <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| C. NOVEDADES DEL PRESTADOR | | | | | |
| Ubicación del Profesional Independiente o de la Sede Administrativa de la IPS | | | | | |
| 11. Departamento | | 12. Municipio | | 13. Dirección | |
| Bogotá D.C | | BOGOTÁ | | CL 657 # 150 - 03 CS 102 | |
| 14. Teléfono | | 15. Fax | | 16. Correo Electrónico | |
| (571)5111111 | | | | ipsmanual@ips.com | |
| Representante Legal | | | | | |
| 17. Primer Apellido | | 18. Segundo Apellido | | 19. Primer Nombre | |
| | | | | 20. Segundo Nombre | |
| 21. Tipo Identificación | | 22. Número | | 23. Forma de Vinculación | |
| | | | | | |

Cuando falta información por diligenciar se presenta el mensaje *falta información obligatoria*, y deberá ingresarse la información que hace falta en las opciones novedades de prestador, novedades de sedes, novedades de capacidad instalada o novedades de servicios. Una vez aparece al final del formulario la declaración juramentada y la firma se debe revisar, imprimir, firmar y junto con los soportes presentar ante la Dirección Departamental o Distrital de Salud para realizar el proceso de novedades en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

| 34. Para IPS, Nombre del Director, Gerente o Responsable | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------|--------------|----|-------------|-------|------|----------|
| Juan Vargas V | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| Salas | | | | | | | | | | | |
| 52. Salas de Quirófano | 53. Salas de Partos | | | | | | | | | | |
| Ambulancias | | | | | | | | | | | |
| 54. Tipo | 55. Modalidad | 56. Placa o Matrícula | 57. Año Modelo | 58. Número Tarjeta de Propiedad | | | | | | | |
| F. NOVEDADES DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | |
| Grupo | Servicio | Modalidad | | | | | | Complejidad | | | |
| | | Intramural | | Extramural | | Telemedicina | | Baja | Media | Alta | |
| Hospitalario | 101. GENERAL ADULTOS | Ámbu | Hosp | Móvil | Domic | Otras | CR | IR | NO | SI | Apertura |
| | | | SI | | | | NO | Apertura | NO | SI | Apertura |

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 CUMPLÓ CON LOS REQUISITOS Y CONDICIONES DEFINIDOS EN LA REGLAMENTACIÓN LEGAL VIGENTE PARA LA HABILITACIÓN.

 Firma del Representante Legal o Profesional Independiente
 No Identificación _____

2.1.1.6 Apertura de sede

Es la apertura de una nueva sede con su información y los servicios a prestar.

2.1.1.6.1 Sede

Formulario de Captura

Registra la información de la nueva sede de prestación de servicios de salud:

- Nombre de la Sede: Nombre completo de la sede tal como aparece en el acto administrativo por el cual fue creada.
- Municipio: Municipio donde se ubica la sede
- Centro Poblado: Centro poblado donde se ubica la sede.
- Zona: Rural o urbana.
- Dirección: Dirección de la sede de prestación de servicios.
- Barrio: nombre del barrio o urbanización de la sede de prestación de servicios.
- Teléfono: El (los) número(s) de teléfono(s) de la sede de prestación de servicios, incluido el indicativo de país y ciudad
- Fax: Número de fax de la sede de prestación de servicios, incluidos indicativo de país y ciudad.
- Correo electrónico: Dirección de correo electrónico, obligatorio.
- Nombre del Gerente: Nombres y apellidos del director, gerente o responsable de la IPS.
- Horario: Indique los días y las horas de atención en que presta servicios.

| DATOS GENERALES DEL PRESTADOR | | | |
|---|---|--------|---|
| Código Habilitación | <input type="text" value="110018888801"/> | | |
| Nombres y Apellidos del PI o Razón Social de la IPS | <input type="text" value="IPS MANUAL DE USUARIO"/> | | |
| Clase de Prestador | <input type="text" value="Instituciones - IPS"/> | | |
| DATOS DE LA SEDE | | | |
| Nombre de la Sede | <input type="text"/> | | |
| Departamento | <input type="text" value="Bogotá D.C"/> | | |
| Municipio | <input type="text"/> | | |
| Centro Poblado | <input type="text"/> | | |
| Zona | <input type="text"/> | | |
| Dirección | <input type="text"/> | | |
| Barrio | <input type="text"/> | | |
| Teléfono(s) | <input type="text"/> | | |
| Fax | <input type="text"/> | | |
| Correo Electrónico | <input type="text"/> | | |
| Nombre del Gerente | <input type="text"/> | | |
| HORARIO | | | |
| Lunes | <input type="text" value="00"/> a <input type="text" value="00"/> | Martes | <input type="text" value="00"/> a <input type="text" value="00"/> |
| Miércoles | <input type="text" value="00"/> a <input type="text" value="00"/> | Jueves | <input type="text" value="00"/> a <input type="text" value="00"/> |
| Viernes | <input type="text" value="00"/> a <input type="text" value="00"/> | Sábado | <input type="text" value="00"/> a <input type="text" value="00"/> |
| Domingo | <input type="text" value="00"/> a <input type="text" value="00"/> | | |

2.1.1.6.2 Servicios

Formulario de Captura

Registra la información de los servicios de salud de la nueva sede:

- Grupo: Indique el grupo para el servicio, según corresponda.
- Servicio: Indique el servicio que ofrece en la sede
- Modalidad: Indique para cada uno de los servicios listados la modalidad de los servicios que ofrece en la sede.

Los servicios se clasifican en tres modalidades: Intramural, Extramural y Telemedicina

En los Intramurales. Se consideran los servicios ambulatorios y los hospitalarios

Ambulatoria: Son los servicios destinados para la espera de pacientes, consultorios, ambientes de apoyo, atención de urgencias y espacios para las actividades de promoción y prevención. Comprende: consulta externa, servicio de urgencias y en general los servicios que se prestan de manera intramural es decir que no requieren de la internación del usuario por un período de 24 horas o más.

Cirugía ambulatoria: Servicio destinado a la realización de procedimientos e intervenciones quirúrgicas ambulatorias que requieren total asepsia, se realizan en salas quirúrgicas, pero que no requieren de internación del paciente. Pueden ser generales o exclusivos para las diferentes especialidades.

Hospitalaria. Son los servicios destinados al internamiento de pacientes para su diagnóstico, intervención, recuperación, tratamiento y/o rehabilitación.

En los Extramurales. Las unidades móviles, y los extramurales propiamente dichos, los servicios que se pueden prestar en el domicilio y los que corresponden al Grupo Otros.

Extramural: Son aquellos servicios que se ofrecen a la población en espacios acondicionados temporalmente para el desarrollo de las actividades y procedimientos específicos, los prestadores cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y la dirección territorial de salud. Para los Centros de Atención en Drogadicción - CAD se establece la modalidad Ambulatoria y Residencial, esta última se entenderá incluida en la columna de Otros.

Telemedicina: Provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a servicios que presentan limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.

CR (Centro de Referencia): es aquella institución prestadora de servicios de salud que cuenta con los recursos asistenciales especializados, y con las tecnologías de información y de comunicación suficientes y necesarios, para brindar a distancia el apoyo en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad, requerido por una o más instituciones remisoras en condiciones de oportunidad y seguridad

IR (Institución Remisora): es aquella institución prestadora de servicios de salud, localizada en un área con limitaciones de acceso o en la capacidad resolutoria de uno o más de los componentes que conforman sus servicios, y que cuenta con tecnología de comunicaciones que le permite enviar y recibir información para ser apoyada por otra institución de mayor complejidad a la suya, en la solución de las necesidades de salud de la población que atiende, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad

- Complejidad: Indique para cada uno de los servicios la complejidad de la atención baja, media y/o alta.

| DATOS GENERALES DEL PRESTADOR | |
|---|--|
| Código habilitación sede principal | <input type="text" value="110018888801"/> |
| Nombres y apellidos del PI o Razón social de la IPS | <input type="text" value="IPS MANUAL DE USUARIO"/> |
| Clase de prestador | <input type="text" value="Instituciones - IPS"/> |
| DATOS DE LA SEDE | |
| Código habilitación Temporal sede | <input type="text"/> |
| Nombre de la sede | <input type="text"/> |
| Departamento | <input type="text"/> |
| Municipio | <input type="text"/> |
| SERVICIOS DE PRESTACION DE SERVICIOS | |
| Grupo | <input type="text"/> |
| Servicio | <input type="text"/> |
| MODALIDAD | |
| Intramural | <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospitalario |
| Extramural | <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Domiciliario |
| | <input type="checkbox"/> Otras |
| Telemedicina | <input type="checkbox"/> Centro Referencia <input type="checkbox"/> Institución Remisora |
| COMPLEJIDAD | |
| <input type="checkbox"/> Baja | <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta |

2.1.1.7 Autoevaluación de servicios

Son las actividades que realiza el prestador de servicios de salud, así:

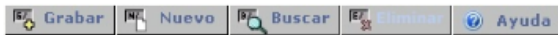


2.1.1.7.1 Impresión Portafolio de Servicios – Resolución 2003 de 2014.

Formulario que permite la impresión del PORTAFOLIO DE SERVICIOS que realizo el prestador de servicios de salud, dando aplicación a la Resolución 2003 de 2014. Esta actividad se realizo por una única vez.

2.1.1.7.2 Autoevaluación de Servicios.

Observemos el formulario:



AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS

AUTOEVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN: Es una declaración de la verificación y reporte de cumplimiento de las condiciones de habilitación de cada uno de los servicios de salud que se compromete ofertar y prestar, la cual se confirma al diligenciar este formulario.

Efecto del diligenciamiento de este formulario, además de las implicaciones de ley Ud., debe saber que:

UNA VEZ DILIGENCIADA, GRABADA Y DECLARADA LA INFORMACIÓN DE FORMA **DEFINITIVA**, CUALQUIER CAMBIO QUE PRETENDA REALIZAR, DEBERÁ HACERLO DE CONFORMIDAD CON EL TRÁMITE DE NOVEDADES ESTABLECIDO EN LA **Resolución 2003 de 2014**.

DATOS DE LA SEDE (debe seleccionar cada una de las sedes para realizar el proceso de autoevaluación de sus servicios).

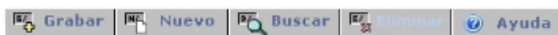
Código Sede - Nombre Sede: 050010460802-ANDRES SALAZAR OSPINA

Departamento: Antioquia Municipio: MEDELLÍN

LOS SIGUIENTES SERVICIOS HACEN PARTE DE SU PORTAFOLIO DE SERVICIOS CON FECHA DE HOY, POR FAVOR SELECCIONE LOS SERVICIOS QUE DESEA REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN.

(2) registros encontrados.

| <input type="checkbox"/> Declaro que sí se cumple con los estándares de AUTOEVALUACIÓN . | Grupo del Servicio | Código del Servicio | Nombre del Servicio |
|--|--------------------|---------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Consulta Externa | 347 | REHABILITACIÓN ORAL |
| <input type="checkbox"/> | Procesos | 950 | PROCESO ESTERILIZACIÓN |



En esta primera instancia se observa todos los servicios habilitados del PRESTADOR.

El prestador deberá de dar clic en la caja disponible a la izquierda para cada servicio, si ha realizado el proceso de autoevaluación si es el caso.

Por favor tenga en cuenta que el proceso de autoevaluación de servicios se debe realizar por cada una de las sedes que tenga el prestador de servicios de salud. Y deberá siempre realizar de manera inicial la sede principal y posteriormente las demás sedes que tenga el prestador de servicios de salud.



AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS

INFORMACION GRABADA

AUTOEVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN: Es una declaración de la verificación y reporte de cumplimiento de las condiciones de habilitación de cada uno de los servicios de salud que se compromete ofertar y prestar, la cual se confirma al diligenciar este formulario.

Efecto del diligenciamiento de este formulario, además de las implicaciones de ley Ud., debe saber que:

UNA VEZ DILIGENCIADA, GRABADA Y DECLARADA LA INFORMACIÓN DE FORMA DEFINITIVA, CUALQUIER CAMBIO QUE PRETENDA REALIZAR, DEBERÁ HACERLO DE CONFORMIDAD CON EL TRÁMITE DE NOVEDADES ESTABLECIDO EN LA Resolución 2003 de 2014.

DATOS DE LA SEDE (debe seleccionar cada una de las sedes para realizar el proceso de autoevaluación de sus servicios).

Código Sede - Nombre Sede: 050010460802-ANDRES SALAZAR OSPINA

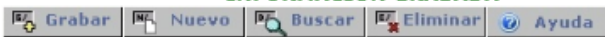
Departamento: Antioquia Municipio: MEDELLÍN

LOS SIGUIENTES SERVICIOS HACEN PARTE DE SU PORTAFOLIO DE SERVICIOS CON FECHA DE HOY, POR FAVOR SELECCIONE LOS SERVICIOS QUE DESEA REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN.

(2) registros encontrados.

| <input checked="" type="checkbox"/> Declaro que SÍ se cumple con los estándares de AUTOEVALUACIÓN. | Grupo del Servicio | Código del Servicio | Nombre del Servicio |
|--|--------------------|---------------------|------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Consulta Externa | 347 | REHABILITACIÓN ORAL |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Procesos | 950 | PROCESO ESTERILIZACIÓN |

INFORMACION GRABADA



Despues de haber realizado el proceso de dar clic en cada caja disponible por cada servicio. Debera de dar la opción del BOTON GRABAR.

En dicha opción se habilitara la opción del BOTON: DECLARACION AUTOEVALUACION DEFINITIVO.



Esta opción le esta indicando al prestador de servicios de salud que el proceso esta listo para declarar de manera definitiva su AUTOEVALUACION DE SERVICIOS.

Ante de dar clic verifique la leyenda que aparece en color amarilla que sea equivalente la cantidad de servicios habilitados con la cantidad de servicios autoevaluados

******* INFORMACIÓN GRABADA *****. 2 Servicios grabados de 2 posibles. Como constancia del cumplimiento de las condiciones de HABILITACIÓN de los servicios grabados, usted deberá oprimir el botón DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DEFINITIVO.**

AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS

INFORMACION GRABADA

AUTOEVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN: Es una declaración de la verificación y reporte de cumplimiento de las condiciones de habilitación de cada uno de los servicios de salud que se compromete ofertar y prestar, la cual se confirma al diligenciar este formulario.

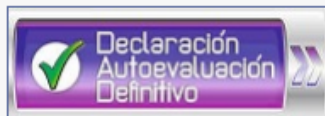
Efecto del diligenciamiento de este formulario, además de las implicaciones de ley Ud., debe saber que:

UNA VEZ DILIGENCIADA, GRABADA Y DECLARADA LA INFORMACIÓN DE FORMA **DEFINITIVA**, CUALQUIER CAMBIO QUE PRETENDA REALIZAR, DEBERÁ HACERLO DE CONFORMIDAD CON EL TRÁMITE DE NOVEDADES ESTABLECIDO EN LA **Resolución 2003 de 2014**.

DATOS DE LA SEDE (debe seleccionar cada una de las sedes para realizar el proceso de autoevaluación de sus servicios).

Código Sede - Nombre Sede

Departamento Municipio



LOS SIGUIENTES SERVICIOS HACEN PARTE DE SU PORTAFOLIO DE SERVICIOS CON FECHA DE HOY, POR FAVOR SELECCIONE LOS SERVICIOS QUE DESEA REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN.

******* INFORMACIÓN GRABADA *****. 2 Servicios grabados de 2 posibles. Como constancia del cumplimiento de las condiciones de HABILITACIÓN de los servicios grabados, usted deberá oprimir el botón DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DEFINITIVO.**

| <input checked="" type="checkbox"/> Declaro que SÍ se cumple con los estándares de AUTOEVALUACIÓN. | Grupo del Servicio | Código del Servicio | Nombre del Servicio |
|--|---|---------------------|---------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Consulta Externa | 320 | GINECOBSTERICIA |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 719 | ULTRASONIDO |

INFORMACION GRABADA

Despues de estar seguro y oprime el botón de DECLARACION AUTOEVALUACION DEFINITIVO, el sistema lo guiara con mensajes que le permite al prestador de servicios de salud realizar su proceso completo de declaración de autoevaluación de servicio o en su defecto abortar dicha acción.






Como proceso final de la autoevaluación de servicios de salud, el sistema REPS, le genera un PDF, donde le informa al prestador de servicios de salud el éxito de dicha actividad con cada uno de los servicios autoevaluados y su próxima fecha para la autoevaluación de servicios.

2.1.1.7.3 Constancia de Autoevaluación de Servicios.

Despues de realizar el proceso de autoevaluación de servicios el prestador de servicios de salud, puede imprimir dicha constancia de autoevaluación de servicios, las veces que desee. Este proceso de impresión aplica para las constancias de autoevaluación de servicios de vigencias anteriores.

2.1.1.7.4 Distintivos de Habilitación de Servicios: Solicitud e Impresión.

Formulario que permite al prestador de servicios de salud, realizar el proceso de impresión por primera vez de sus distintivos de habilitación de servicios autorizados por el ente territorial y al mismo tiempo puede realizar la solicitud por mas de una vez de dichos distintivos de habilitación de servicios.

 Grabar
  Nuevo
  Buscar
  Eliminar
  Ayuda

DISTINTIVOS DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS: SOLICITUD E IMPRESIÓN






DATOS DE LA SEDE (debe seleccionar cada una de las sedes para realizar el proceso de Impresión o Solicitud de DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS).

Código Sede - Nombre Sede

Departamento Municipio

2 Registros encontrados.

| Marque para seleccionar el servicio. | Grupo | Código | Nombre del servicio | Número Único de Distintivo de Habilitación de Servicios | Estado del Distintivo de Habilitación de Servicios | Número de descargas del Distintivo |
|--------------------------------------|---|--------|---------------------|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Consulta Externa | 320 | GINECOBSTERICIA | DHS209784 | VIGENTE | 0 |
| <input type="checkbox"/> | Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica | 719 | ULTRASONIDO | DHS209785 | VIGENTE | 0 |

 Grabar
  Nuevo
  Buscar
  Eliminar
  Ayuda

2.1.1.8 Cambio de contraseña

Opción para cambiar la contraseña, se recomienda cambiarla periódicamente.

Formulario de Captura

Registra la nueva contraseña.

- Usuario: Usuario asignado al prestador, lo presenta automáticamente el sistema.
- Contraseña: Digite su contraseña actual.
- Nueva contraseña: Digite la contraseña que desea asignar.
- Confirmar contraseña: Digite nuevamente la contraseña que desea asignar.

 Grabar
  Ayuda

CAMBIAR CONTRASEÑA

| | |
|----------------------|--|
| Usuario | <input type="text" value="11001999901"/> |
| Contraseña | <input type="text"/> |
| Nueva Contraseña | <input type="text"/> |
| Confirmar Contraseña | <input type="text"/> |

3 Control de cambios

| | | | |
|----------------------------------|--|-----------------------------|-------------------|
| Título: | Manual del Usuario REPS, usuarios Novedades Prestadores. | | |
| Fecha: | 2020/01/30 | | |
| Resumen: | Manual del Usuario REPS, usuarios Novedades Prestadores. | | |
| Formato: | PDF | | |
| Fecha de primera emisión: | 2010/08/05 | Ultima modificación: | 2020/01/30 |
| Dependencia: | Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria | | |
| Versión: | 4.0 | | |
| Autor: | Nilo Ricardo Ayala Salcedo Contratista de la Dirección de Prestación de servicios y Atención Primaria | | |
| Control de cambios | | | |
| 2010/08/05 | Versión 1.0 - Ana Alejandra Huérfano Sandoval - Contratista | | |
| 2015/08/10 | Versión 2.0 – Nilo Ricardo Ayala Salcedo - Contratista | | |
| 2015/12/22 | Versión 3.0 – Nilo Ricardo Ayala Salcedo - Contratista | | |
| 2020/01/30 | Proceso temporal de transición de servicios. Versión 4.0 – Nilo Ricardo Ayala Salcedo - Contratista | | |