


Departamento del Valle del Cauca  Gobernación	ACTA DE VISITA DE VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN EN SALUD	Código: FO-SP-M3-P6-03-01
		Versión: 02
		Fecha de aprobación: 17/06/2019
		Página: 1 de 3

1.220.20-2.85

ACTA DE VISITA No. 20190912 - 0201

CIUDAD:	CANDELARIA	FECHA:	SEPTIEMBRE 12 DE 2019	HORA DE INICIO:	09:00
NOMBRE DE PRESTADOR:	FUNDACION EL AMPARO IPS				
NOMBRE DE SEDE:	SEDE INGENIO MAYAGÜEZ S.A.				
TIPO DE PRESTADOR:	IPS:	X	PI:	OSD:	TEP:
CÓDIGO:	7613002333 - 08			CC / NIT:	800029329 - 6
DIRECCIÓN:	Vía candelaria-la tupia - KM 2			TEL:	926602679
REPRESENTANTE LEGAL:	JOSE LUIS GELVEZ MARTINEZ			CC:	No registra
CORREO ELECTRÓNICO:	fundacionelamparoiips@gmail.com				

PERSONAS QUE ATIENDEN LA VISITA	CARGO:
ALBERTO MONTOYA DUQUE	Jefe seguridad y salud en el trabajo MAYAGUEZ
HEMEL AUGUSTO ZAMORANO	Médico de la Fundación el Amparo

OBJETIVO DE LA VISITA:

X	Visita de Verificación de cumplimiento de condiciones del Sistema Único de Habilitación
	Visita Previa de Verificación de cumplimiento de condiciones del Sistema Único de Habilitación
	Visita de Verificación de cumplimiento de condiciones del Sistema Único de Habilitación para Reactivación del código de habilitación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud –REPS-

Conforme lo previsto en la Ley 9 de 1979, Decreto 0780 de 2016, Resolución 2003 de 2014 y las demás normas que las complementen, modifiquen, adicioneen o sustituyan.

SERVICIOS:


CÓD.	NOMBRE	M	C	DP	DNP	PND
328	MEDICINA GENERAL	IA	B	X		
334	ODONTOLOGIA GENERAL	IA	B	X		
917	PROTECCION ESPECIFICA – ATENCION PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	IA	B	X		

MODALIDAD	INTRAMURAL	IA	Intramural Ambulatorio
		IH	Intramural Hospitalario
	EXTRAMURAL	Ext D	Extramural Domiciliaria
		Ext UM	Extramural Unidad Móvil
		Ext Otras	Extramural Otras
	TELEMEDICINA	TIR	Telemedicina Institución Remisora
		TCR	Telemedicina Centro de Referencia

COMPLEJIDAD	B	Baja
	M	Media
	A	Alta
DECLARACIÓN DE SERVICIOS	DP	Declarado prestado
	DNP	Declarado NO Prestado
	PND	Prestado NO Declarado

CAPACIDAD INSTALADA:

GRUPO	SERVICIO	CANTIDAD	PLACA VEHÍCULO	DP	DNP	PND
CAMAS						
SALAS PROCEDIMIENTOS						
SALAS QUIRÓFANO						
SALAS PARTOS						
SILLAS						
AMBULANCIAS						

Departamento del Valle del Cauca  Gobernación	ACTA DE VISITA DE VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN EN SALUD	Código: FO-SP-M3-P6-03-01
		Versión: 02
		Fecha de aprobación: 17/06/2019
		Página: 2 de 3

1.220.20-2.85

ACTA DE VISITA No. 20190912 - 0201

CONDUCTA:

MEDIDA DE SEGURIDAD CONSISTENTE EN:	No. ACTA – SERVICIOS – AREAS DE TRABAJO
CLAUSURA TEMPORAL TOTAL	
CLAUSURA TEMPORAL PARCIAL (SERVICIOS)	
SUSPENSIÓN PARCIAL DE TRABAJOS	
SUSPENSIÓN TOTAL DE TRABAJOS	
DECOMISO OBJETOS /PRODUCTOS	
DESTRUCCIÓN O DESNATURALIZACIÓN	
CONGELACIÓN (MEDICAMENTOS-EQUIPOS PRODUCTOS)	
LEVANTAMIENTO DE MEDIDA DE SEGURIDAD	
NINGUNA	X

OBSERVACIONES

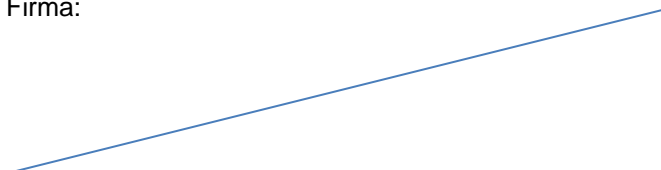
El prestador informa no estar preparado para recibir la visita dado que ellos manifiestan no haber recibido comunicación, información suministrada por el representante legal JOSE LUIS GELVEZ MARTINEZ via telefónica con el médico HEMEL AUGUSTO ZAMORANO y por lo tanto la comisión de la Secretaria de Salud Departamental se retira de la institución.
 El médico HEMEL AUGUSTO ZAMORANO manifiesta que no firmará el acta de visita.
 Se envía acta de visita con firmas digitales al correo del prestador registrado en el REPS.
 Si requiere asistencia técnica por favor solicitarla al correo habilitación.valle@gmail.com; son totalmente gratuitas.

EXIGENCIAS


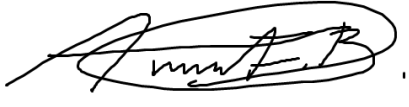

Ninguna


Se deja constancia de la visita realizada a la Institución o Profesional en cuestión, por parte de la Comisión Técnica de Verificación y se da por terminada la presente diligencia el día 12 de Septiembre 2019, siendo las 10:00 se lee, aprueba y firma por los que en ella intervinieron. Se extiende copia de ésta a quien atiende la visita.

POR LA ENTIDAD:

NO FIRMA	Firma:
Firma:	
Nombre: HEMEL AUGUSTO ZAMORANO	Nombre:
Cédula: 16.259.221	Cédula:
Cargo: Médico	Cargo:


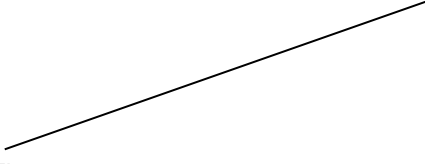
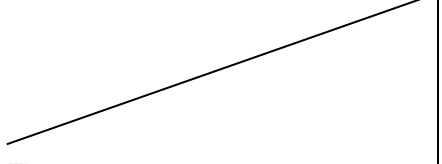
POR LA COMISIÓN TÉCNICA DE LA SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD:

		
Firma:	Firma:	Firma:
Nombre: YOLANDA RENGIFO	Nombre: ANDRES BERNATE	Nombre: CAROLINA GARAY

Departamento del Valle del Cauca  Gobernación	ACTA DE VISITA DE VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN EN SALUD	Código: FO-SP-M3-P6-03-01
		Versión: 02
		Fecha de aprobación: 17/06/2019
		Página: 3 de 3

1.220.20-2.85

ACTA DE VISITA No. 20190912 - 0201

Cédula: 31.396.921	Cédula: 1.144.044.241	Cédula: 29.567.884
Cargo: Verificador Grupo IVC	Cargo: Verificador Grupo IVC	Cargo: Verificador Grupo IVC
		
Firma:	Firma:	Firma:
Nombre: JUAN GABRIEL GRANADA	Nombre:	Nombre:
Cédula: 94.532.088	Cédula:	Cédula:
Cargo: Verificador Grupo IVC	Cargo: Verificador Grupo IVC	Cargo: Verificador Grupo IVC