
 <p><b>GOBERNACIÓN DEL HUILA</b> Secretaría de Salud</p>	<p align="center"><b>SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD</b></p> <p align="center"><b>ACTA DE VISITA DE VERIFICACION DEL MANTENIMIENTO DE CONDCIONES DE HABILITACIÓN</b></p>	
--	--	---

**ACTA DE VISITA Y REVOCATORIA DE LA HABILITACIÓN DE UN PRESTADOR No VH159-2014**

**CIUDAD Y FECHA:** Neiva, septiembre 25 de 2014

**OBJETO DE LA VISITA:** Verificar el mantenimiento de las condiciones Técnico-científicas, técnico-administrativas y de suficiencia patrimonial del Sistema Único de Habilitación, en los servicios habilitados por el Prestador de Servicios de Salud **SERVICIO DE AMBULANCIA Y HOSPITALIZACIÓN EN CASA + SAS**

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD	
NOMBRE :	<b>SERVICIO DE AMBULANCIA Y HOSPITALIZACIÓN EN CASA + SAS</b>
CLASE DE PRESTADOR	IPS
IDENTIFICACIÓN NIT:	900448025-2
CODIGO DE HABILITACIÓN	410010136801
DIRECCIÓN	Calle 16A No.8-21 Alto Quirinal
MUNICIPIO	Neiva
CORREO ELECTRÓNICO	direccion.sahc@gmail.com
REPRESENTANTE LEGAL	Efrain Roberto Valencia Andrade
TELÉFONO	3106184872
FECHA DE INSCRIPCIÓN	20111222
VIGENCIA HABILITACIÓN	20151222

Fuente de datos: Registro especial de Prestadores

**Servicio objeto de la visita:**

El Prestador no cuenta con servicios habilitados ante el Registro especial de Prestadores

**Observaciones:**

La Comisión Técnica Verificadora de Condiciones de Habilitación de la Secretaría de Salud Departamental, asiste a la dirección Calle 16 A No. 8-21 Alto Quirinal, registrada ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud como sede de la IPS **SERVICIO DE AMBULANCIA Y HOSPITALIZACIÓN EN CASA + SAS**, y no encuentra nomenclatura que identifique esta Institución. Las casas vecinas se encuentran ocupadas al parecer por residencias familiares.

Revisada la carpeta expediente del prestador que reposa en el archivo de la Secretaría de Salud Departamental, se encuentra la siguiente información:

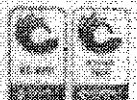
1. El 22 de Diciembre de 2011 se realizó la inscripción ante el REPS de la IPS **SERVICIO DE AMBULANCIA Y HOSPITALIZACIÓN EN CASA + SAS**. Habilitó el servicio de Transporte Asistencial Básico, con la siguiente capacidad instalada:

GRUPO	NOMBRE	CANTIDAD	NUMERO_PLACA	MODALIDAD	MODELO	NUMERO TARJETA
AMBULANCIAS	Básica	1	BYR589	Terrestre	2007	10002512178

2. El 23 de Septiembre de 2013 realizó cierre temporal del servicio habilitado. No devolvió el distintivo No. 278372 que le fue otorgado por la Secretaría de Salud Departamental. No presentó el cierre ante cámara de comercio de la Entidad.
3. A 25 de Septiembre de 2014 el Prestador no ha presentado novedad de apertura del servicio, por lo que la Institución **SERVICIO DE AMBULANCIA Y HOSPITALIZACIÓN EN CASA + SAS** no cuenta con servicios habilitados ante el REPS.

**Referencia normativa:**

La Resolución 2003 de 2014 Artículo 4. Inscripción y habilitación, "Todo prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y tener al menos un servicio habilitado. La inscripción y





# SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD



GOBERNACIÓN  
DEL HUILA  
Secretaría de Salud

## ACTA DE VISITA DE VERIFICACION DEL MANTENIMIENTO DE CONDCIONES DE HABILITACIÓN

habilitación debe realizarse en los términos establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud adoptado con la presente resolución.

Resolución 2003 de 2014 artículo 12. Parágrafo 1. "El prestador podrá cerrar temporalmente un servicio por un periodo máximo de un año, contado a partir del reporte de la novedad. Si vencido dicho plazo no se ha reactivado el servicio, se desactivará del REPS y para su reactivación o apertura deberá realizar nuevamente la habilitación del servicio y requerirá visita de reactivación por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud si se trata de servicios de alta complejidad, urgencias, hospitalización obstétrica, transporte asistencial u oncológicos.

### Conclusión y definición de conductas:

Teniendo en cuenta lo expuesto, la Comisión Técnica Verificadora, considera que la Institución Prestadora de Servicios de Salud SERVICIO DE AMBULANCIA Y HOSPITALIZACIÓN EN CASA + SAS, no cumple lo establecido en la Resolución 2003 de 2014 al no contar con servicios habilitados, no haber reactivado el servicio cerrado y no presentar la novedad correspondiente a la no prestación de servicios en la Sede habilitada ante el REPS, por lo que se presentará esta Acta al responsable del Registro Especial de Prestadores para la **REVOCATORIA** de la Habilitación de este Prestador de Servicios de Salud.

Se deja constancia de la visita de Verificación del mantenimiento de Condiciones de habilitación realizada al Prestador de Servicios de Salud SERVICIO DE AMBULANCIA Y HOSPITALIZACIÓN EN CASA + SAS en la carpeta del Prestador que reposa en la Secretaría de Salud Departamental.

### Miembros de la comisión Técnica de la Secretaría de Salud Departamental:

Firma:	Firma:	Firma:
Nombre: Lucy Amparo Solano Andrade	Nombre: Melva Gómez Suárez	Nombre: Liliana Luna Corrales
C.C.: 41-748-002	C.C.: 55055174	C.C.: 36182779
Cargo: Profesional Universitaria	Cargo: Profesional Universitaria	Cargo: Profesional verificador de apoyo

Firma:	Firma:
Nombre: Carmenza Salas Pimentel	Nombre: María Paula Silva Lozano
C.C.: 55166172	C.C.: 1.075.231.196
Cargo: Profesional verificador de apoyo	Cargo: Profesional verificador de apoyo

Firma:	Firma:
Nombre: Carolina Bahamón Chávarro	Nombre: Jhon Harvey Pabon
C.C.: 36309222	C.C.:
Cargo: Profesional verificador de apoyo	Cargo: Profesional verificador de apoyo

