



**Gobernación  
del Atlántico**

SECRETARÍA DE SALUD  
SUBSECRETARÍA DE ASESORÍA Y ASISTENCIA EN SEGURIDAD  
SOCIAL

**FORMULARIO NOVEDADES DE RED DE PRESTADORES DE SALUD PARA LA POBLACION  
POBRE EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO**

**I. DATOS IPS**

**NOMBRE DEL PRESTADOR**

\_\_\_\_\_

Departamento	Municipio	Zona	Dirección	Teléfono	e-mail
		Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>			

**II. TIPO DE NOVEDAD**

		Observaciones IPS
Cambio de Razón Social	<input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____ _____
Cancelación de Servicio	<input type="checkbox"/>	
Cierre Temporal	<input type="checkbox"/>	
Cierre Entidad	<input type="checkbox"/>	
Insatisfacción De los Usuarios	<input type="checkbox"/>	
Otro	<input type="checkbox"/> Cual:	

**OBSERVACIONES SSDA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Representante Legal \_\_\_\_\_

No. de Identificación \_\_\_\_\_

VoBo SSDA \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_