



UNIDAD CLINICA SAN NICOLAS LTDA.

Calle 52 No 17-85 Tel: 6225895-3187765427

Barrancabermeja – Santander

NIT. 900.064.250-4

CIRCULAR EXTERNA No. 003

Para: Contratistas área Asistencial

De: Dirección Médica

Asunto: Socialización de Formatos para Reporte de Novedades por Contratistas

Fecha: julio 09 de 2024. Barrancabermeja D.E

Con el fin de asegurar procesos institucionales de calidad, se han establecido dos formatos; para los Profesionales contratistas que ofertan sus servicios profesionales en la Unidad Clínica San Nicolás Ltda.

- El formato en el adjunto; permitirá a los profesionales contratistas en caso de tener que ausentarse; proveer su remplazo para garantizar la normal prestación del servicio, bajo su exclusiva responsabilidad en todos los aspectos legales y/o contractuales, siempre y cuando se trate de profesionales acreditados y vinculados contractualmente ante el Contratante.
- El contratista informara por escrito en el **Formato notificación de novedades en la prestación del servicio y formato novedades de turnos contratistas** con no menos de Veinticuatro (24) horas de anticipación de lunes a viernes y Setenta y dos (72) horas fines de semana.
- La Unidad Clínica San Nicolás, reconocerá el pago de los honorarios al profesional que realice efectivamente el servicio.
- El formato se recibe diligenciado y firmado por el profesional, al correo prestadores@unidadclnicasannicolas.com

Quedamos atentos a sus Inquietudes.

Atentamente:

Dra. Ingrid Quintero Angarita

Directora Médica

UNIDAD CLINICA SAN NICOLÁS LTDA.



UNIDAD CLINICA SAN NICOLAS LTDA.

Calle 52 No 17-85 Tel: 6225895-3187765427

Barrancabermeja – Santander

NIT. 900.064.250-4

	UNIDAD CLINICA SAN NICOLAS LTDA. NIT. 900.064.250-4 Calle 52 No 17-85 Barrio: Uribe Uribe Tel: 6225895-3187765427 Barrancabermeja – Santander	ELABORO	Contratación
		APROBO	Dirección médica
		FECHA	09/07/2024
		VERSION	2
		CODIGO	GTH-FT-003-V2

FORMATO NOTIFICACION DE NOVEDADES EN LA PRESTACION DEL SERVICIO

CONTRATISTA

C.C. ___ C.E. ___ P.T.T. ___ No. _____

Fecha de Reporte: Día ___ Mes ___ Año ___

Nombre Completo:

Especialidad:

No. de Teléfono:

INFORME DE NOVEDAD OFERTA DE SERVICIO

Turno programado

M1 ___ M2 ___ T1 ___ T2 ___ C ___ CD1 ___ CD2 ___ N ___ CN ___ Otro ___

Fecha del turno programado

Día ___ Mes ___ Año ___

Servicio del turno programado:

Nombre completo del profesional que acepta el reemplazo

Documento del profesional que acepta el reemplazo

C.C. No ___ C.E. ___ P.T.T. ___ No. _____

La Unidad Clínica San Nicolás LTDA, reconocerá el pago de los honorarios al profesional que efectivamente preste el servicio.

C.C. No. _____

Contratista que solicita el reemplazo

C.C. No. _____

Contratista que acepta el reemplazo

VoBo Dirección Médica

OBSERVACIÓN:

*Las novedades de oferta de servicio deben realizarse con no menos de veinticuatro (24) horas de anticipación de lunes a viernes, con setenta y dos (72) horas fin de semana a efectos de evitar traumatismos en la prestación del servicio asistencial.

*Este formato debe ser enviado al correo prestadores@unidadclinasannicolas.com

*Formato diligenciado en su totalidad con las respectivas firmas.

*Formato (Formato Notificación de Novedades en la Prestación del Servicio); se encuentra en la **pagina web**

<https://www.unidadclinasannicolas.com/> (Opción : UCSN / Portal Institucional / Contratistas / Circular Externa 003 Socialización de Formatos para Reportes de Novedades por Contratistas.



UNIDAD CLINICA SAN NICOLAS LTDA.

Calle 52 No 17-85 Tel: 6225895-3187765427

Barrancabermeja – Santander

NIT. 900.064.250-4

	UNIDAD CLINICA SAN NICOLAS LTDA. NIT. 900.064.250-4 Calle 52 No 17-85 Barrio: Uribe Uribe Tel: 6225895-3187765427 Barrancabermeja – Santander	ELABORO	Contratación
		APROBO	Dirección médica
		FECHA	09/07/2024
		VERSION	2
		CODIGO	GTH-FT-001-V2
FORMATO NOVEDADES DE TURNOS CONTRATISTAS			
CONTRATISTA SOLICITANTE CAMBIO DE TURNO			
C.C. ___ C.E. ___ P.T.T. ___ No. _____		Fecha de Solicitud: Dia ___ Mes ___ Año ___	
Nombre Completo:			
Especialidad:			
Teléfono:			
INFORMACION DE TURNO OFERTADO POR EL CONTRATISTA			
Turno Programado	M1 ___ M2 ___ T1 ___ T2 ___ C ___ CD1 ___ CD2 ___ N ___ CN ___ Otro ___		
Fecha turno programado	Dia ___ Mes ___ Año ___		
Servicio turno programado:			
CONTRATISTA QUE ACEPTA CAMBIO DE TURNO			
C.C. ___ C.E. ___ P.T.T. ___ No. _____			
Nombre Completo:			
Especialidad:			
Teléfono:			
INFORMACION DE TURNO DEL CONTRATISTA QUE ACEPTA EL CAMBIO			
Turno Programado	M1 ___ M2 ___ T1 ___ T2 ___ C ___ CD1 ___ CD2 ___ N ___ CN ___ Otro ___		
Fecha turno programado	Dia ___ Mes ___ Año ___		
Servicio turno programado:			
DILIGENCIAR PARA CAMBIO DE TURNO			
Fecha Cambio de Turno:	Servicio donde se va realizar el cambio de turno:		
Profesional solicitante	Turno a realizar:		
Profesional que acepta el cambio de turno	Turno a realizar:		
La Unidad Clínica San Nicolás, reconocerá el pago de los honorarios al profesional que efectivamente preste el servicio			
C.C. No. _____ Contratista que solicita el Cambio		C.C. No. _____ Contratista que acepta el cambio	
_____ VoBo Dirección Médica			
OBSERVACIÓN:			
Las novedades de oferta de servicio deben realizarse con no menos de veinticuatro (24) horas de anticipación de lunes a viernes, con setenta y dos (72) horas fin de semana a efectos de evitar traumatismos en la prestación del servicio asistencial			
*Este formato debe ser enviado al correo prestadores@unidadclinasannicolas.com			
*Formato diligenciado en su totalidad con las respectivas firmas.			
*Formato (Formato Notificación de Novedades en la Prestación del Servicio); se encuentra en la pagina web https://www.unidadclinasannicolas.com/ (Opción : UCSN / Portal Institucional / Contratistas / Circular Externa 003 Socialización de Formatos para Reportes de Novedades por Contratistas).			