Libertad y Orden

Ministerio de la Salud y la Protección Social

Instituto Departamental de Salud Norte de Santander

Concede:

Certificación de Cumplimiento de las Condiciones de Habilitación

(De conformidad al Art. 2.5.1.3.2.13 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, del Ministerio de Salud Protección Social)

A:

NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S.

Código de Habilitación: 5400102115-01

Que, de acuerdo a la Visita de Verificación de los Servicios de Salud, efectuada por la Comisión Técnica del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander; el día 08 de octubre de 2018, al Prestador de Servicios de Salud, ubicado en la CALLE 14A N° 2E-85 PISO 6 BARRIO CAOBOS, en el Municipio de Cúcuta, cumple con las Condiciones exigibles para su Habilitación establecidas por el Ministerio de Salud y la Protección Social en el Decreto 780 de 2016 Art 2.5.1.3.1.1, Resolución 2003 de mayo del 2014, Art. 4 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o complementen.

En Constancia se firma en la Ciudad de San José de Cúcuta el Certificado N° 1717 a los 05 días del mes de febrero de 2019.

JUAN ALBERTO BITAR MEJIA
Director

GLORIA INÉS MONTAÑO MONCADA
Coordinadora de Subgrupo de Vigilancia y Control de Servicios de Salud

Nuevo | Buscar | Ayuda

REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES | SEDES | SERVICIOS | CAPACIDAD | MEDIDAS DE SEGURIDAD | SANCIONES

NIT/CC 900471992 -

Naturaleza Jurídica

DATOS GENERALES DEL PRESTADOR

Código del Prestador - Clase de Prestador

Empresa Social del Estado Nivel Atención Prestador Carácter Territorial

DATOS DE LA SEDE

Departamento Municipio

Código de la Sede -

Nombre de la Sede

SERVICIO

Grupo Número Distintivo de Habilitación del Servicio

Servicio

Modalidad
- Intramural: Ambulatorio
- Intramural: Hospitalario
- Extramural: Unidad Móvil
- Extramural: Domiciliario
- Extramural: Otras Extramural
- Telemedicina: Centro Referencia
- Telemedicina: Institución Remisora

Complejidad Baja Media Alta

Fecha apertura del servicio AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: viernes 17 de mayo de 2019 (8:12 a. m.)

Excel | Word | Texto ;

(9) registros encontrados.

1

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Norte de Santander	CÚCUTA	5400102115	01	NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S.	332-NEUROLOGÍA	DHS072504
Norte de Santander	CÚCUTA	5400102115	01	NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S.	333-NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	DHS306867
Norte de Santander	CÚCUTA	5400102115	01	NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S.	387-NEUROCIRUGÍA	DHS072505
Norte de Santander	CÚCUTA	5400102115	01	NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S.	725-ELECTRODIAGNÓSTICO	DHS306868
Norte de Santander	CÚCUTA	5400102115	01	NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S.	728-TERAPIA OCUPACIONAL	DHS072506
Norte de Santander	CÚCUTA	5400102115	01	NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S.	729-TERAPIA RESPIRATORIA	DHS072507
Norte de Santander	CÚCUTA	5400102115	01	NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S.	739-FISIOTERAPIA	DHS072508
Norte de Santander	CÚCUTA	5400102115	01	NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S.	740-FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	DHS306869
Norte de Santander	CÚCUTA	5400102115	01	NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S.	816-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR	DHS306870

1

Nuevo | Buscar | Ayuda

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO EN EL SISTEMA UNICO DE HABILITACION PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

EL PROFESIONAL ESPECIALIZADO CON FUNCIONES DE COORDINADOR
SUBGRUPO VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

CERTIFICA:

Que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, denominada ***NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S.,*** se encuentra registrada en esta Entidad con el código ***No. 5400102115-01, NIT. 900471992- 6 y*** fecha de inscripción ***12 DE JULIO DE 2012,*** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, ubicada en la **CALLE 14A N° 2E-85 PISO 6 BARRIO CAOBOS,** del municipio de Cúcuta, representada legalmente por ***MUSTAFA SALEH ATTALAH EMAD,*** Identificado con Cédula de Extranjería No. E30591, *fue* visitada por una comisión Técnica del Instituto Departamental de Salud, quienes verificaron que a la fecha ***08 de octubre de 2018*** cumple con los requisitos contemplados en el manual de estándares que establece las Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica en los servicios de:

GRUPO	COD. SERV.	SERVICIO HABILITADO	MODALIDAD	COMPLEJ.
CONSULTA EXTERNA	332	NEUROLOGIA	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA
CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICION Y DIETETICA	EXTRAMURAL DOMICILIARIO	BAJA
CONSULTA EXTERNA	387	NEUROCIRUGIA	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA
CONSULTA EXTERNA	725	ELECTRODIAGNOSTICO	INTRAMURAL AMBULATORIO	MEDIA
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	728	TERAPIA OCUPACIONAL	EXTRAMURAL DOMICILIARIO	BAJA
APOYO DIÁGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	729	TERAPIA RESPIRATORIA	EXTRAMURAL DOMICILIARIO	BAJA
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	739	FISIOTERAPIA	EXTRAMURAL DOMICILIARIO	BAJA
APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	740	FONOAUDIOLOGIA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	EXTRAMURAL DOMICILIARIO	BAJA

UN NORTE PRODUCTIVO PARA TODOS

OTROS SERVICIOS	816	ATENCION DOMICILIARIA DE PACIENTE CRONICO SIN VENTILADOR	EXTRAMURAL DOMICILIARIO	BAJA

Además, que a la fecha de la visita de verificación cumple con las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera y de Capacidad Técnico Administrativa, definidas para la Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema Único de Habilitación según el Decreto 780 de 2016, Resolución 2003 de 2014

Certificación No: 1717

Dada en san José de Cúcuta, a los cinco (05) días del mes de febrero de 2019.

Firma:

GLORIA MONTAÑO MONCADA.
Profesional Especializado con funciones de Coordinador
Subgrupo Vigilancia y Control de Servicios de Salud.

Elaboro: Luz M Arias
Aprobó: Gloria Montaño Moncada

Firma del recibido: _____ Fecha: 4 0123 11/2019

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Adoptado mediante circular 0076 de 02 de noviembre de 2007

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. Código de Prestador Principal				2. Fecha Inscripción			3. No. Radicación	4. Código de Sede			
54	001	02115	01	2012	07	12	02115	54	001	02115	01
Dep	Mun	Consecutivo	Sede	(Año)	(Mes)	(Día)		Dep	Mun	Consecutivo	Sede

5. Fecha Renovación			6. Fecha Vencimiento			7. INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE N. DE SDER
(Año)	(Mes)	(Día)	(Año)	(Mes)	(Día)	

A. IDENTIFICACION DEL PRESTADOR

8. Clase de Prestador
Instituciones - IPS

9. Nombres y Apellidos del Profesional Independiente o Razón Social de la IPS
NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S.

10. Tipo Identificación	11. Número	12. DV	13. Tipo de Persona
Nit	900471992	6	JURIDICO

14. Naturaleza Jurídica
Privada

15. Sitio Web

Ubicación del Profesional Independiente o de la Sede Administrativa de la IPS

16. Departamento	17. Municipio	18. Dirección
Norte de Santander	CÚCUTA	CALLE 14A Nº 2E-85 BARRIO CAOBOS
19. Teléfono	20. Fax	21. Correo Electrónico
3015335490		neuroaliados@hotmail.com

Representante Legal

22. Primer Apellido	23. Segundo Apellido	24. Primer Nombre	25. Segundo Nombre
ATTALAH	EMAD	MUSTAFA	SALEH
26. Tipo Identificación	27. Número	28. Forma de Vinculación	
CE	303591		

Prestadores Públicos

29. Carácter Territorial	30. Nivel de Atención	31. Empresa Social Estado
32. Acto de Constitución	33. Número de Acto	34. Fecha de Acto

Prestadores Privados y Mixtos

35. Acto de Constitución	36. Número de Acto	37. Fecha de Acto
Matrícula Mercantil	00222979	20111021
38. Entidad que Expide		39. Ciudad de Expedición
CAMARA DE COMERCIO DE CUCUTA		SAN JOSE DE CUCUTA

Prestadores Indígenas

40. Acto de Constitución

41. Número de Acto	42. Fecha de Acto	43. Entidad que Expide
38. Entidad que Expide		39. Ciudad de Expedición

B. DATOS DE LA SEDE DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

44. Departamento	45. Municipio	46. Centro Poblado	47. Es Sede Principal?
Norte de Santander	CÚCUTA	SAN JOSÉ DE CÚCUTA	SI

48. Nombre de la Sede
NEUROALIADOS MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S.

49. Zona	50. Barrio	51. Dirección
URBANA	LOS CAOBOS	CALLE 14A Nº 2E-85 BARRIO CAOBOS
52. Teléfono	53. Fax	54. Correo Electrónico
3015335490		neneuroaliados@hotmail.com

55. Nombre del Director, Gerente o Responsable
MUSTAFA SALEH ATTALAH EMAD

56. Horario de atención

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves
	08 a 18	08 a 18	08 a 18	08 a 18
Viernes	Sábado			
08 a 18	08 a 12			

C. CAPACIDAD INSTALADA

Camas

57. Pediátricas	58. Adultos	59. Obstetricia	60. Cuidado Intermedio Neonatal
61. Cuidado Intensivo Neonatal	62. Cuidado Intermedio Pediátrico		63. Cuidado Intensivo Pediátrico
64. Cuidado Intermedio Adulto	65. Cuidado Intensivo Adulto		66. Quemados Adultos
67. Quemados Pediátricos	68. Farmacodependencia		69. Salud Mental Psiquiatría
70. Cuidado Agudo Mental	71. Cuidado Intermedio Mental		

72. Salas de Quirófano	73. Salas de Partos		

Ambulancias

74. Tipo	75. Modalidad	76. Placa o Matrícula	77. Año Modelo	78. Número Tarjeta de Propiedad

D. SERVICIOS OFRECIDOS EN LA SEDE

Grupo	Servicio	Modalidad							Complejidad		
		Intramural		Extramural			Telemedicina				
		Ambu	Hosp	Móvil	Domic	Otras	CR	IR	Baja	Media	Alta
Consulta Externa	309. DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	SI			NO		NO	NO	SI	NO	
Consulta Externa	312. ENFERMERÍA	NO		NO	SI			NO	SI		
Consulta Externa	314. FISIOTERAPIA	NO		NO	SI		NO	NO	SI		
Consulta Externa	315. FONOAUDIOLOGIA Y/O TERAPIA DE LENGUAJE	NO		NO	SI		NO	NO	SI		
Consulta Externa	327. MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	SI			NO		NO	NO		SI	
Consulta Externa	328. MEDICINA GENERAL	NO		NO	SI		NO	NO	SI		
Consulta Externa	332. NEUROLOGIA	SI		NO	NO		NO	NO		SI	
Consulta Externa	339. ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	SI		NO	NO		NO	NO		SI	
Consulta Externa	344. PSICOLOGIA	SI		NO	NO		NO	NO	SI		
Consulta Externa	345. PSIQUIATRÍA	SI		NO	NO		NO	NO		SI	
Consulta Externa	352. TERAPIA OCUPACIONAL	NO		NO	SI		NO	NO	SI		
Consulta Externa	387. NEUROCIRUGÍA	SI		NO	NO		NO	NO		SI	
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	725. ELECTRODIAGNÓSTICO	SI	NO				NO	NO		SI	
Otros Servicios	813. SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	SI	NO						SI	NO	

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

Firma del Representante Legal o Profesional Independiente

No Identificación C EXT 203591

VERIFICACION DE ANEXOS AL FORMULARIO	Prestador	Entidad Territorial
Presenta PAMEC (Para IPS)	☐	☑
Presenta Autoevaluación	☐	☑
Fotocopia del acto de creación o constitución del prestador según naturaleza jurídica	☐	☑
Certificación del revisor fiscal o contador según aplique	☐	☑
Fotocopia del NIT	☐	☑
Para profesional independiente, copia del diploma de profesional o especialista según le aplique.	☐	☐
Transporte asistencial básico o medicalizado, certificado de revisión técnico-mecánica con vigencia NO superior a un año	☐	☐

ESTAMPILLA
PRO-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ
ORDENANZA No. 049/01 Y 053/03

No. 2336566 2336566 IFI

FECHA: 2012.06.27 08:10
CONCEPTO: DOCUMENTOS -
ENTIDAD SOLICITANTE: IDS
ID.SOLICITANTE: 890500890
APORTANTE: NEUROALIADO SAS
ID.APORTANTE: 900471992-6
VALOR: $4,700 CUATRO MIL SETECIENTOS PESOS

ORIGINAL
FIRMA: