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:

NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL

Código de Habilitación: 5400101818-01

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 28 de agosto de 2017, al Prestador de Servicios de Salud, ubicado en CALLE 14A No. 2E-85 EDIFICIO SARIS PISO 2 Y 3 CAOBOS, 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° 1504 a los 30 días del mes de noviembre de 2017.

JUAN ALBERTO BITAR MEJIA
Director

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

CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER.

SUBGRUPO VIGILANCIA Y CONTROL.

COORDINADOR VIGILANCIA Y CONTROL DE INSTITUCIONES.

HACE CONSTAR

Que el prestador de servicios de salud NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL, en su sede de prestador NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL del municipio de CÚCUTA - departamento de NORTE DE SANTANDER, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud de INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER y se considera habilitado para prestar los servicios declarados en el formulario de inscripción con los siguientes datos generales:

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	5400101818 - NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL				
NI:Nit / CC:Cédula	NI:900301770-1	Nombre o razón social:	NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL		
Fecha de inscripción:	2009/08/18	Fecha de vencimiento:	2020/01/30	Clase de prestador:	Instituciones - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PRIVADA	Nivel de Atención del Prestador:	
Empresa Social del Estado:	NO			Carácter Territorial de la Entidad:	
Representante Legal:	SANDRA PATRICIA DIAZ OCAMPO			Dirección administrativa:	CALLE 14A #2E-85 EDIFICIO SARIS PISO 2 Y 3 CAOBOS
Telefono:	5956185 EXT 117-116 -115	Fax:		Email:	spdiazo00@hotmail.com
Municipio:	CÚCUTA			Departamento:	NORTE DE SANTANDER

ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

NOMBRE ACTO.	NÚMERO ACTO	FECHA ACTO	ENTIDAD QUE EXPIDE	CIUDAD QUE EXPIDE
MATRÍCULA MERCANTIL	193807	20090723	CAMARA DE COMERCIO	CUCUTA

FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.(AAAAMMDD)

SEDE PRINCIPAL.

Código y Nombre Sede Principal:	540010181801 - NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL				
Dirección:	CALLE 14A #2E-85 EDIFICIO SARIS PISO 2 Y 3			Barrio:	CAOBOS
Telefono:	5956185 EXT 117-116 -115	Fax:		Email:	gerencia@neurocoop.com.co
Gerente:	SANDRA PATRICIA DIAZ OCAMPO			Fecha de Apertura:	2009/08/18

Municipio:	CÚCUTA	Departamento:	NORTE DE SANTANDER

SEDE.

Código y Nombre Sede:	544980181803 - NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL					
Dirección:	CALLE 12 NO 7 -04				Barrio:	EL CARRETERO
Telefono:	5623543-3013163375	Fax:	5623543	Email:	gerencia@neurocoop.com.co	
Gerente:	SANDRA PATRICIA DIAZ OCAMPO			Fecha de Apertura:	2014/01/10	
Municipio:	OCAÑA			Departamento:	NORTE DE SANTANDER	

SERVICIOS.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	AMB	HOSP	MOVI	DOMI	OTRA	CR	IR	BAJA	MEDI	ALTA	FECHA APERTURA (AAAAMMDD)	DISTINTIVO
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20140110	DHS066294
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20140110	DHS066295
CONSULTA EXTERNA	387	NEUROCIRUGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20140110	DHS066296
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	725	ELECTRODIAGNÓSTICO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20140110	DHS066297
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	728	TERAPIA OCUPACIONAL	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20140110	DHS066298
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	729	TERAPIA RESPIRATORIA	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20140110	DHS066299
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	FISIOTERAPIA	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20140110	DHS066300
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	740	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20140110	DHS066301
OTROS SERVICIOS	816	ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20151127	DHS304428

SERVICIOS CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

CONVENCIONES:

AMB: Intramural Ambulatorio

HOSP: Intramural Hospitalario

MOVI: Extramural Móvil

DOMI: Extramural Domiciliario

CR: Telemedicina Centro Referencia

IR: Telemedicina Institución Remisora

OTRA: Extramural Otras

BAJA: Complejidad Baja

MEDI: Complejidad Media

ALTA: Complejidad Alta

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	CANTIDAD
SALAS	PROCEDIMIENTOS	0

DETALLE AMBULANCIAS.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias

La presente CONSTANCIA se expide previa revisión por parte de INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER, de los Formularios de Inscripción y novedades diligenciados por el prestador NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL, quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016 y la Resolucion 2003 de 2014 ó las demás que la sustituyan, modifiquen o deroguen; así como las implicaciones del incumplimiento de las condiciones declaradas.

Dada el día lunes 25 de febrero de 2019 (11:10 a. m.).

Gloria Montaño M

DRA. GLORIA MONTAÑO MONCADA.

COORDINADOR VIGILANCIA Y CONTROL DE INSTITUCIONES.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, la plataforma software REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud).

Elaborado por el usuario del ente territorial: 54000REPS

Impreso por el usuario del ente territorial: 54000REPS

Fecha de impresión: lunes 25 de febrero de 2019 (11:10 a. m.).

Versión 1.0.

Presentó certificado de Ingresos de la Secretaría de Hacienda Departamental No. 136814 .por valor de $ 21.000

CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER.

SUBGRUPO VIGILANCIA Y CONTROL.

COORDINADOR VIGILANCIA Y CONTROL DE INSTITUCIONES.

HACE CONSTAR

Que el prestador de servicios de salud NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL, en su sede de prestador NEUROCOOP S.A.S del municipio de PAMPLONA - departamento de NORTE DE SANTANDER, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud de INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER y se considera habilitado para prestar los servicios declarados en el formulario de inscripción con los siguientes datos generales:

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	5400101818 - NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL				
NI:Nit / CC:Cédula	NI:900301770-1	Nombre o razón social:	NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL		
Fecha de inscripción:	2009/08/18	Fecha de vencimiento:	2020/01/30	Clase de prestador:	Instituciones - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PRIVADA	Nivel de Atención del Prestador:	
Empresa Social del Estado:	NO			Carácter Territorial de la Entidad:	
Representante Legal:	SANDRA PATRICIA DIAZ OCAMPO			Dirección administrativa:	CALLE 14A #2E-85 EDIFICIO SARIS PISO 2 Y 3 CAOBOS
Telefono:	5956185 EXT 117-116 -115	Fax:	-	Email:	spdiazo00@hotmail.com
Municipio:	CÚCUTA			Departamento:	NORTE DE SANTANDER

ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

NOMBRE ACTO.	NÚMERO ACTO	FECHA ACTO	ENTIDAD QUE EXPIDE	CIUDAD QUE EXPIDE
MATRÍCULA MERCANTIL	193807	20090723	CAMARA DE COMERCIO	CUCUTA

FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.(AAAAMMDD)

SEDE PRINCIPAL.

Código y Nombre Sede Principal:	540010181801 - NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL				
Dirección:	CALLE 14A #2E-85 EDIFICIO SARIS PISO 2 Y 3			Barrio:	CAOBOS
Telefono:	5956185 EXT 117-116 -115	Fax:		Email:	gerencia@neurocoop.com.co
Gerente:	SANDRA PATRICIA DIAZ OCAMPO			Fecha de Apertura:	2009/08/18

Municipio:	CÚCUTA	Departamento:	NORTE DE SANTANDER

SEDE.

Código y Nombre Sede:	540010181801 - NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL				
Dirección:	CALLE 14A #2E-85 EDIFICIO SARIS PISO 2 Y 3			Barrio:	CAOBOS
Telefono:	5956185 EXT 117-116 -115	Fax:		Email:	gerencia@neurocoop.com.co
Gerente:	SANDRA PATRICIA DIAZ OCAMPO	Fecha de Apertura:	2009/08/18		
Municipio:	CÚCUTA	Departamento:	NORTE DE SANTANDER		

SERVICIOS.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	AMB	HOSP	MOVI	DOMI	OTRA	CR	IR	BAJA	MEDI	ALTA	FECHA APERTURA (AAAAMMDD)	DISTINTIVO
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20090818	DHS066280
CONSULTA EXTERNA	327	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20110221	DHS066281
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20090818	DHS066282
CONSULTA EXTERNA	332	NEUROLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20120410	DHS066284
CONSULTA EXTERNA	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20150413	DHS255534
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20090818	DHS066286
CONSULTA EXTERNA	387	NEUROCIRUGÍA	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20090818	DHS066287
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	725	ELECTRODIAGNÓSTICO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20120410	DHS066289
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	728	TERAPIA OCUPACIONAL	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20140207	DHS066290
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	729	TERAPIA RESPIRATORIA	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20140207	DHS066291
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	FISIOTERAPIA	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20140207	DHS066292
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	740	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20140207	DHS066293
OTROS SERVICIOS	816	ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20151218	DHS307072

SERVICIOS CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

CONVENCIONES:

AMB: Intramural Ambulatorio
HOSP: Intramural Hospitalario
MOVI: Extramural Móvil
DOMI: Extramural Domiciliario
OTRA: Extramural Otras
CR: Telemedicina Centro Referencia
IR: Telemedicina Institución Remisora
BAJA: Complejidad Baja
MEDI: Complejidad Media
ALTA: Complejidad Alta

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	CANTIDAD
SALAS	PROCEDIMIENTOS	0

DETALLE AMBULANCIAS.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias

La presente CONSTANCIA se expide previa revisión por parte de INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER, de los Formularios de Inscripción y novedades diligenciados por el prestador NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL, quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016 y la Resolucion 2003 de 2014 ó las demás que la sustituyan, modifiquen o deroguen; asi como las implicaciones del incumplimiento de las condiciones declaradas.

Dada el dia lunes 25 de febrero de 2019 (11:09 a. m.).

DRA. GLORIA MONTAÑO MONCADA.

COORDINADOR VIGILANCIA Y CONTROL DE INSTITUCIONES.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, la plataforma software REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud).

Elaborado por el usuario del ente territorial: 54000REPS

Impreso por el usuario del ente territorial: 54000REPS

Fecha de impresión: lunes 25 de febrero de 2019 (11:09 a. m.).

Versión 1.0.

Presentó certificado de Ingresos de la Secretaria de Hacienda Departamental No. 136812 .por valor de $ 21.000

CONSTANCIA DE HABILITACIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER.

SUBGRUPO VIGILANCIA Y CONTROL.

COORDINADOR VIGILANCIA Y CONTROL DE INSTITUCIONES.

HACE CONSTAR

Que el prestador de servicios de salud NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL, en su sede de prestador NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL del municipio de OCAÑA - departamento de NORTE DE SANTANDER, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud de INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER y se considera habilitado para prestar los servicios declarados en el formulario de inscripción con los siguientes datos generales:

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	5400101818 - NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL				
NI:Nit / CC:Cédula	NI:900301770-1	Nombre o razón social:	NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL		
Fecha de inscripción:	2009/08/18	Fecha de vencimiento:	2020/01/30	Clase de prestador:	Instituciones - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PRIVADA	Nivel de Atención del Prestador:	
Empresa Social del Estado:	NO			Carácter Territorial de la Entidad:	
Representante Legal:	SANDRA PATRICIA DIAZ OCAMPO			Dirección administrativa:	CALLE 14A #2E-85 EDIFICIO SARIS PISO 2 Y 3 CAOBOS
Telefono:	5956185 EXT 117-116 -115	Fax:		Email:	spdiazo00@hotmail.com
Municipio:	CÚCUTA			Departamento:	NORTE DE SANTANDER

ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

NOMBRE ACTO.	NÚMERO ACTO	FECHA ACTO	ENTIDAD QUE EXPIDE	CIUDAD QUE EXPIDE
MATRÍCULA MERCANTIL	193807	20090723	CAMARA DE COMERCIO	CUCUTA

FORMATO: FECHA ACTO DE CREACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.(AAAAMMDD)

SEDE PRINCIPAL.

Código y Nombre Sede Principal:	540010181801 - NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL				
Dirección:	CALLE 14A #2E-85 EDIFICIO SARIS PISO 2 Y 3			Barrio:	CAOBOS
Telefono:	5956185 EXT 117-116 -115	Fax:		Email:	gerencia@neurocoop.com.co
Gerente:	SANDRA PATRICIA DIAZ OCAMPO			Fecha de Apertura:	2009/08/18

Municipio:	CÚCUTA	Departamento:	NORTE DE SANTANDER

SEDE.

Código y Nombre Sede:	545180181802 - NEUROCOOP S.A.S				
Dirección:	KRA 8NO 3-68			Barrio:	PLAZUELA BOLIVAR
Telefono:	5684896	Fax:	3002042381	Email:	gerencia@neurocoop.com.co
Gerente:	SANDRA PATRICIA DIAZ OCAMPO			Fecha de Apertura:	2013/04/17
Municipio:	PAMPLONA			Departamento:	NORTE DE SANTANDER

SERVICIOS.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	AMB	HOSP	MOVI	DOMI	OTRA	CR	IR	BAJA	MEDI	ALTA	FECHA APERTURA (AAAAMMDD)	DISTINTIVO
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20140212	DHS507528
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20140212	DHS507529
CONSULTA EXTERNA	332	NEUROLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20130417	DHS507530
CONSULTA EXTERNA	344	PSICOLOGÍA	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20130417	DHS507531
CONSULTA EXTERNA	387	NEUROCIRUGÍA	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20130417	DHS507532
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	725	ELECTRODIAGNÓSTICO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20130417	DHS507533
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	728	TERAPIA OCUPACIONAL	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20140227	DHS507534
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	729	TERAPIA RESPIRATORIA	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20140227	DHS507535
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	739	FISIOTERAPIA	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20140227	DHS507536
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	740	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20140227	DHS507537

SERVICIOS CERRADOS TEMPORALMENTE, POR EL PRESTADOR, CON FECHA DE CIERRE DEL SERVICIO, INFERIOR A UN AÑO A LA FECHA DE IMPRESIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

No se encontraron servicios cerrados, por el prestador, con fecha de cierre del servicio, inferior a un año a la fecha de impresión de este documento.

CONVENCIONES:

AMB: Intramural Ambulatorio

HOSP: Intramural Hospitalario

MOVI: Extramural Móvil

DOMI: Extramural Domiciliario

OTRA: Extramural Otras

CR: Telemedicina Centro Referencia

IR: Telemedicina Institución Remisora

6

BAJA: Complejidad Baja MEDI: Complejidad Media ALTA: Complejidad Alta

CAPACIDAD INSTALADA - POR GRUPOS DE CAPACIDAD.

GRUPO CAPACIDAD	CONCEPTO	CANTIDAD
SALAS	PROCEDIMIENTOS	0

DETALLE AMBULANCIAS.

No se encontraron registros de Capacidad Instalada Ambulancias

La presente CONSTANCIA se expide previa revisión por parte de INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER, de los Formularios de Inscripción y novedades diligenciados por el prestador NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL, quien manifiesta haber efectuado la autoevaluación de cumplimiento de las condiciones de habilitación como parte de las responsabilidades asignadas en el Decreto 780 de 2016 y la Resolucion 2003 de 2014 ó las demás que la sustituyan, modifiquen o deroguen; asi como las implicaciones del incumplimiento de las condiciones declaradas.

Dada el día lunes 25 de febrero de 2019 (11:10 a. m.).

Gloria Montaño M

DRA. GLORIA MONTAÑO MONCADA.

COORDINADOR VIGILANCIA Y CONTROL DE INSTITUCIONES.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, la plataforma software REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud).

Elaborado por el usuario del ente territorial: 54000REPS

Impreso por el usuario del ente territorial: 54000REPS

Versión 1.0.

Fecha de impresión: lunes 25 de febrero de 2019 (11:10 a. m.).

Presentó certificado de Ingresos de la Secretaría de Hacienda Departamental No. 136813 .por valor de $ 21.000

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Adoptado mediante circular 0076 de 02 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 [illegible] 01	18 AGO 2009	01018 -	54 001 01818 01
Dep Mun Consecutivo Sede	(Año) (Mes) (Día)		Dep Mun Consecutivo Sede

5. Fecha Renovación	6. Fecha Vencimiento	7. Entidad que registra
(Año) (Mes) (Día)	18 AGO 2013 (Año) (Mes) (Día)	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE N. DE SDER

A. IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR

8. Clase de Prestador

IPS [x] Profesional Independiente [ ] Transporte Especial [ ] Objeto Social Diferente [ ]

9. Nombres y Apellidos del Profesional Independiente o Razón Social de la IPS

NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL

10. Tipo Identificación	11. Número	12.DV	13. Tipo de Persona
CC [ ] NIT [X] CE [ ]	900301770	1	Natural [ ] Jurídica [X]

14. Naturaleza Jurídica

Privado con Ánimo de Lucro [X] Privado sin Ánimo de Lucro [ ] Pública [ ] Mixta [ ]

15. Sitio Web

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

16. Departamento	17. Municipio	18. Dirección
54.Norte de Santander	54001.CÚCUTA	AVENIDA 3AE No 13A-94 los caobos

19. Teléfono	20. Fax	21. Correo Electrónico
5711838		spdiazo00@hotmail.com

Representante Legal de la IPS

22. Primer Apellido	23. Segundo Apellido	24. Primer Nombre	25. Segundo Nombre
DIAZ	OCAMPO	SANDRA	PATRICIA

26. Tipo Identificación	27. Número	28. Forma de Vinculación
CC [X] CE [ ]	60323073	1.Periodo Fijo

Prestadores Públicos

29. Carácter Territorial	30. Nivel de Atención	31. Empresa Social Estado
Nacional [ ] Departamental [ ] Distrital [ ] Municipal [ ]	1 [ ] 2 [ ] 3 [ ]	Si [ ] No [ ]

32. Acto de Constitución	33. Número de Acto	34. Fecha de Acto
Acuerdo [ ] Ordenanza [ ] Ley [ ] Decreto [ ] Resolución [ ]		

Prestadores Privados y Mixtos

35. Acto de Constitución	36. Número de Acto	37. Fecha de Acto
Acuerdo [ ] Ordenanza [ ] Ley [ ] Decreto [ ] Resolución [ ] Matrícula Mercantil [X]	193807	2009 07.Julio 23

38. Entidad que Expide	39. Ciudad de Expedición
CAMARA DE COMERCIO	CUCUTA

Prestadores Indígenas

40. Acto de Constitución

Acuerdo [ ] Ordenanza [ ] Ley [ ] Decreto [ ] Resolución [ ] Matrícula Mercantil [ ] Acta Autoridad Indígena [ ] Otras [ ]

41. Número de Acto	42. Fecha de Acto	43. Entidad que Expide

Carmen Bolon
CC 37392114
18/08/09.

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Adoptado mediante circular 0076 de 02 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 (Dep Mun Consecutivo Sede)	(Año) (Mes) (Día)		54 001 (Dep Mun Consecutivo Sede)

5. Fecha Renovación	6. Fecha Vencimiento	7. Entidad que registra
(Año) (Mes) (Día)	(Año) (Mes) (Día)	

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

44. Departamento	45. Municipio	46. Centro Poblado	47. Es Sede Principal?
54.Norte de Santander	54001.CÚCUTA	54001000.SAN JOSÉ DE CÚCUTA	Si [X] No [ ]

48. Nombre de la Sede: NEUROCOOP REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL

49. Zona	50. Barrio	51. Dirección
Rural [ ] Urbana [X]		AVENIDA 3 AE No 13A-94 LOS CAOBOS

52. Teléfono	53. Fax	54. Correo Electrónico
5711838		

55. Para IPS, Nombre del Director, Gerente o Responsable: SANDRA PATRICIA DIAZ OCAMPO

56. Horario de Atención

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	8-12AM-2-7PM	8-12AM-2-7PM	8-12AM-2-7PM	8-12AM-2-7PM	8-12AM-2-7PM	8AM-1PM

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. Unidad de Quemados Adultos	
67. Unidad de Quemados Pediátrico	68. Farmacodependencia	69. Salud Mental Psiquiatría	
70. Cuidado Agudo Mental	71. Cuidado Intermedio Mental		

Salas

73. Salas de Quirófano	74. Salas de Partos

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 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			54 001
Dep Mun Consecutivo Sede	(Año) (Mes) (Día)		Dep Mun Consecutivo Sede

5. Fecha Renovación	6. Fecha Vencimiento	7. Entidad que registra
(Año) (Mes) (Día)	(Año) (Mes) (Día)	

Ambulancias

75. Tipo		76. Modalidad				77. Placa o Matrícula	78. Año Modelo	79. No. Tarjeta de Propiedad
Básica	Medicada	Terrestre	Aérea	Marítima	Fluvial			

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Adoptado mediante circular 0076 de 02 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			54 001
Dep Mun Consecutivo Sede	(Año) (Mes) (Día)		Dep Mun Consecutivo Sede

5. Fecha Renovación	6. Fecha Vencimiento	7. Entidad que registra
(Año) (Mes) (Día)	(Año) (Mes) (Día)	

227.CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA											
228.TRANSPLANTE MÉDULA ÓSEA O CÉLULAS MADRE											
229.IMPLANTE DE PIEL											
230.IMPLANTE VÁLVULAS CARDÍACAS											
231.CIRUGÍA DE LA MANO											
232.CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS											
233.CIRUGÍA DERMATOLÓGICA											
234.CIRUGÍA DE TÓRAX											
235.CIRUGÍA GASTROINTESTINAL											
237.CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA											
301.ANESTESIA											
302.CARDIOLOGÍA											
303.CIRUGÍA CARDIOVASCULAR											
304.CIRUGIA GENERAL											
305.CIRUGÍA NEUROLÓGICA											
306.CIRUGÍA PEDIÁTRICA											
308.DERMATOLOGÍA											
309.DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	X			X				X			
310.ENDOCRINOLOGÍA											
311.ENDODONCIA											
312.ENFERMERÍA	X			X				X			
313.ESTOMATOLOGÍA											
314.FISIOTERAPIA	X			X				X			
315.FONOAUDIOLOGIA Y/O TERAPIA DE LENGUAJE	X							X			
316.GASTROENTEROLOGIA											
317.GENETICA											
318.GERIATRIA											
319.GERONTOLOGIA											
320.GINECOBSTRETRICIA											
321.HEMATOLOGÍA											
322.IMPLANTOLOGÍA											
323.INFECTOLOGÍA											
324.INMUNOLOGÍA											
325.MEDICINA FAMILIAR											
326.MEDICINA FÍSICA Y DEL DEPORTE											
327.MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN											
328.MEDICINA GENERAL	X			X				X			
329.MEDICINA INTERNA	X			X					X		
330.NEFROLOGIA											
331.NEUMOLOGIA											
332.NEUROLOGIA											
333.NUTRICION Y DIETETICA	X			X				X			
334.ODONTOLOGIA GENERAL											
335.OFTALMOLOGÍA											
336.ONCOLOGÍA CLÍNICA											

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Adoptado mediante circular 0076 de 02 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			54 001
Dep Mun Consecutivo Sede	(Año) (Mes) (Día)		Dep Mun Consecutivo Sede

5. Fecha Renovación	6. Fecha Vencimiento	7. Entidad que registra
(Año) (Mes) (Día)	(Año) (Mes) (Día)	

Consulta Externa	338.ORTODONCÍA										
	339.ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA										
	340.OTORRINOLARINGOLOGÍA										
	341.PATOLOGÍA										
	342.PEDIATRÍA										
	343.PERIODONCIA										
	344.PSICOLOGIA	X			X				X		
	345.PSIQUIATRÍA										
	346.REHABILITACION ONCOLOGICA										
	347.REHABILITACIÓN ORAL										
	348.REUMATOLOGÍA										
	349.SALUD OCUPACIONAL	X								X	
	350.MEDICINA ALTERNATIVA - TERAPIA ALTERNATIVA										
	352.TERAPIA OCUPACIONAL	X							X		
	353.TERAPIA RESPIRATORIA	X			X				X		
	354.TOXICOLOGÍA										
	355.UROLOGÍA										
	356.OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD CUAL?										
	359.CONSULTA PRIORITARIA										
	361.CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA										
	362.CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO										
	363.CIRUGÍA DE MANO										
	364.CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS										
	365.CIRUGÍA DERMATOLÓGICA										
	366.CIRUGÍA DE TÓRAX										
	367.CIRUGÍA GASTROINTESTINAL										
	368.CIRUGÍA GINECOLÓGICA LAPAROSCÓPICA										
	369.CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA										
	370.CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA										
	372.CIRUGÍA VASCULAR										
	373.CIRUGÍA ONCOLÓGICA										
	374.CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA										
	375.DERMATOLOGÍA ONCOLÓGICA										
	377.COLOPROCTOLOGÍA										
	378.ELECTROFISIOLOGÍA, MARCAPASOS Y ARRITMIAS CAR										
	379.GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA										
	381.HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA CLÍNICA										
	383.MEDICINA NUCLEAR										
	384.NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA										
	385.NEONATOLOGÍA										
	386.NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA										
	387.NEUROCIRUGÍA	X								X	
	388.NEUROPEDIATRÍA										
	390.OFTALMOLOGÍA ONCOLÓGICA										
	391.ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA										

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Adoptado mediante circular 0076 de 02 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			54 001
Dep Mun Consecutivo Sede	(Año) (Mes) (Día)		Dep Mun Consecutivo Sede

5. Fecha Renovación	6. Fecha Vencimiento	7. Entidad que registra
(Año) (Mes) (Día)	(Año) (Mes) (Día)	

	393.ORTOPEDIA ONCOLÓGICA											
	394.PATOLOGÍA ONCOLÓGICA											
	395.UROLOGÍA ONCOLOGIA											
	396.ODONTOPEDIATRIA											
Prom. Y Prev.	901.VACUNACIÓN											
	902.ATENCIÓN PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL											
	904.PLANIFICACIÓN FAMILIAR											
	905.PROMOCIÓN EN SALUD											
	906.OTRA CUAL?											
Urgen	501.SERVICIO DE URGENCIAS											
	502.URGENCIAS EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA											
Trans	601.TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO											
	602.TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO											
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	701.DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR											
	702.NEFROLOGÍA - DIÁLISIS RENAL											
	703.ENDOSCOPIA DIGESTIVA											
	704.NEUMOLOGÍA - FIBROBRONCOSCOPIA											
	705.HEMODINAMIA											
	706.LABORATORIO CLINICO											
	708.UROLOGÍA - LITOTRIPSIA UROLOGICA											
	709.ONCOLOGÍA CLÍNICA											
	710.RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOST.											
	711.RADIOTERAPIA											
	712.TOMA DE MUESTRAS DE LAB. CLINICO											
	713.TRANSFUSIÓN SANGUINEA											
	714.SERVICIO FARMACÉUTICO											
	715.MEDICINA NUCLEAR											
	716.TOMA DE MUESTRAS CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS											
	717.LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS											
	718.LABORATORIO DE PATOLOGÍA											
	719.ULTRASONIDO											
	720.LACTARIO - ALIMENTACIÓN											
	721.ESTERILIZACIÓN											
	723.UROLOGÍA PROCEDIMIENTO											
	724.TOMA E INTERPR. RADIOLOGÍAS ODONTOLÓGICAS											
	725.ELECTRODIAGNÓSTICO											
	730.NEUMOLOGÍA LABORATORIO FUNCIÓN PULMONAR											
	731.LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA											
	732.ECOCARDIOGRAFÍA											
icios	801.CENTRO ATEN. EN DROGADICCIÓN AMBULATORIO											
	814.CENTRO ATEN. EN DROGADICCIÓN RESIDENCIAL											
	802.CENTROS O SERVICIOS UNIDADES DE REHABILITACIÓ											
	803.CENTROS Y SERVICIOS DE PROTECCIÓN											
	804.CENTROS DIA PARA REHABILITACIÓN											
	805.CENTROS Y SERV.CUIDADO INTERMEDIO PARA REHAB											

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Adoptado mediante circular 0076 de 02 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			54 001
Dep Mun Consecutivo Sede	(Año) (Mes) (Dia)		Dep Mun Consecutivo Sede

5. Fecha Renovación	6. Fecha Vencimiento	7. Entidad que registra
(Año) (Mes) (Dia)	(Año) (Mes) (Dia)	

Otros S												
807.CENTROS Y SERV.ACONDICIONAMIENTO FÍSICO - CAP												
808.CENTROS Y SERVICIOS DE ESTÉTICA												
809.SALA DE ENF.RESPIRATORIAS AGUDAS - ERA												
810.SALA DE REHIDRATACIÓN ORAL												
811.SALA DE YESO												
812.SALA DE REANIMACIÓN												
813.SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	X									X		

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Adoptado mediante circular 0076 de 02 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			54 001
Dep Mun Consecutivo Sede	(Año) (Mes) (Dia)		Dep Mun Consecutivo Sede

5. Fecha Renovación	6. Fecha Vencimiento	7. Entdad que registra
(Año) (Mes) (Dia)	(Año) (Mes) (Dia)	

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. de Identificación 60.323.073

VERIFICACION DE ANEXOS AL FORMULARIO

	Prestador	Entidad Territorial
Presenta PAMEC (Para IPS)	X	
Presenta Autoevaluación	X	
Fotocopia del acto de creación o constitución del prestador según naturaleza jurídica	X	
Certificación del revisor fiscal o contador según aplique		
Fotocopia del NIT	X	
Para la modalidad de Telemedicina la Institución Remisora, debe presentar convenio o contrato con el Centro de Referencia (Art. 8 Res.1448 de 2006)		
Para profesional independiente, copia del diploma de profesional o especialista según le aplique.		

