
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 CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S, en su sede de prestador CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA del municipio de CÚCUTA - departamento de NORTE DE SANTANDER, radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER y se considera inscrito como clase de prestador Instituciones - IPS y autorizado para prestar los siguientes servicios habilitados:

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	**5400100782 - CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S**				
NI:Nit / CC:Cédula	**NI:807002152-8**	**Nombre o razón social:**	**CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S**		
Fecha de inscripción:	**2003/04/14**	**Fecha de vencimiento:**	**2021/08/31**	**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:	**PATRICIA HENAO GOMEZ**			**Dirección administrativa:**	**CALLE 16 # 0E - 25 CAOBOS**
Telefono:	**5717442**	**Fax:**	**5727949**	**Email:**	**p_henao@yahoo.es**
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	0	19970904	CAMARA DE COMERCIO	CUCUTA

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

SEDE PRINCIPAL.

Código y Nombre Sede Principal:	**540010078201 - CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA**				
Dirección:	**CALLE 16 # 0E - 25 CAOBOS**			**Barrio:**	**CAOBOS**
Telefono:	**5717442**	**Fax:**	**5727949**	**Email:**	**carlosipg@hotmail.com**
Gerente:	**PATRICIA HENAO GOMEZ**			**Fecha de Apertura:**	**2003/04/14**
Municipio:	**CÚCUTA**			**Departamento:**	**NORTE DE SANTANDER**

SEDE CON SERVICIOS HABILITADOS.

Código y Nombre Sede:	**540010078201 - CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA**				
Dirección:	**CALLE 16 # 0E - 25 CAOBOS**			**Barrio:**	**CAOBOS**
Telefono:	**5717442**	**Fax:**	**5727949**	**Email:**	**carlosipg@hotmail.com**
Gerente:	**PATRICIA HENAO GOMEZ**		**Fecha de Apertura:**		**2003/04/14**
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
QUIRÚRGICOS	208	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20090724	DHS060726
QUIRÚRGICOS	209	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20120208	DHS060727
QUIRÚRGICOS	217	OTRAS CIRUGÍAS:RETINA, ESTRABOLOGIA, OCULOPLASTIA, GLAUCOMA.	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	20090724	DHS060728
QUIRÚRGICOS	240	TRASPLANTE TEJIDOS OCULARES	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20140708	DHS060729
CONSULTA EXTERNA	301	ANESTESIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20080821	DHS060730
CONSULTA EXTERNA	340	OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20120208	DHS060733
CONSULTA EXTERNA	359	CONSULTA PRIORITARIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	20140808	DHS060735
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	701	DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20150710	DHS280539
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	710	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20150710	DHS280540
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	719	ULTRASONIDO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20150506	DHS258788
PROCESOS	950	PROCESO ESTERILIZACIÓN	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20091106	DHS060737

SERVICIOS, RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

No se encontraron servicios habilitados con la Resolución 3100 de 2019.

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

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	AMB	HOSP	MOVI	DOMI	OTRA	CR	IR	BAJA	MEDI	ALTA	FECHA APERTURA (AAAAMMDD)	FECHA NOVEDAD CIERRE TEMPORAL (AAAAMMDD)	DISTINTIVO
CONSULTA EXTERNA	337	OPTOMETRÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	20030414	20200826	
CONSULTA EXTERNA	356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD:	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	20110222	20200826	

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	QUIRÓFANO	2
SALAS	PROCEDIMIENTOS	1

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, novedades y medidas de seguridad diligenciados por el prestador CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S, 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, Resolucion 2003 de 2014, Resolución 3100 de 2019 y la norma que la modifique o sustituya, según corresponda.

Dada el día jueves 17 de diciembre de 2020 (8:13 a. m.).



DRA. GLORIA MONTAÑO MONCADA.

COORDINADOR VIGILANCIA Y CONTROL DE INSTITUCIONES.

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Elaborado por el usuario del ente territorial: 54000REPS

Impreso por el usuario del ente territorial: 54000REPS

Versión 2.0. **Fecha de impresión: jueves 17 de diciembre de 2020 (8:13 a. m.).**

Presento consignación de Estampilla Prohacienda por Valor de $21.500