

*** * * D E F I N I T I V O * * ***

El prestador de servicios de salud para esta sede como se menciona en este documento SI FINALIZÓ LA DECLARACIÓN DE AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS EN NOVEDADES.

INICIO DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

1510900686 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD BUENAVISTA

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:		1510900686 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL BUENAVISTA			
NI:Nit / CC:Cédula	NI:820003550-8		Nombre o razón social:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL BUENAVISTA	
Fecha de inscripción:	2006/11/16	Fecha de vencimiento:	2022/08/31	Clase de prestador:	Instituciones - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PÚBLICA	Nivel de Atención del Prestador:	1
Empresa Social del Estado:	SI		Carácter Territorial de la Entidad:	MUNICIPAL	
Representante Legal:	EDITH ALEIDA BALLESTEROS PEÑA		Dirección administrativa:	CRA. 3 N° 1- 24	
Telefono:	3105628168 - 3105628168	Fax:	3114628388	Email:	esebuenavista@hotmail.com
Municipio:	BUENAVISTA		Departamento:	BOYACÁ	

SEDE PRINCIPAL DEL PRESTADOR.

Código y Nombre Sede Principal:		151090068601 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD BUENAVISTA			
Dirección:	KR. 3 NO. 3-53		Barrio:	CENTRO	
Telefono:	3105628168 - 3105628168	Fax:	3105628168	Email:	calidadesebuenavista@gmail.com
Gerente:	EDITH ALEIDA BALLESTEROS PEÑA		Fecha de Apertura:	2006/11/16	
Municipio:	BUENAVISTA		Departamento:	BOYACÁ	

SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

Código y Nombre Sede:		151090068601 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD BUENAVISTA			
Dirección:	KR. 3 NO. 3-53		Barrio:	CENTRO	
Telefono:	3105628168 - 3105628168	Fax:	3105628168	Email:	calidadesebuenavista@gmail.com
Gerente:	EDITH ALEIDA BALLESTEROS PEÑA		Fecha de Apertura:	2006/11/16	
Municipio:	BUENAVISTA		Departamento:	BOYACÁ	

CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA; SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA; CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA, PARA LA SEDE DEL PRESTADOR

CONDICIÓN DE CAPACIDAD	CUMPLIMIENTO	CONDICIÓN DE CAPACIDAD	CUMPLIMIENTO
CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA	SI CUMPLE	CAPACIDAD PATRIMONIAL Y FINANCIERA	SI CUMPLE

CONDICIONES CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA

SERVICIOS DE LA SEDE DEL PRESTADOR DONDE SE REALIZA LA DECLARACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

GRUPO DEL SERVICIO	COD SER	NOMBRE SERVICIO	CUMPLE
CONSULTA EXTERNA	312	ENFERMERÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	328	MEDICINA GENERAL	SI
CONSULTA EXTERNA	334	ODONTOLOGÍA GENERAL	SI
CONSULTA EXTERNA	420	VACUNACIÓN	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	714	SERVICIO FARMACÉUTICO	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	SI
ATENCIÓN INMEDIATA	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	SI

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

Elaborado por el usuario: 151090068601

Impreso por el usuario: 151090068601

Versión 2.0.

Fecha de impresión: sábado 31 de julio de 2021 (4:14 p. m.).

FIN DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

1510900686 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD BUENAVISTA