DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN SERVICIOS DE SALUD - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

* * * 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.

INICIO DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

2542600025 - PUESTO DE SALUD DE MACHETA-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	2518300025 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS				
NI:Nit / CC:Cédula	NI:860024766-7			Nombre o razón social:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS
Fecha de inscripción:	2003/11/07			Clase de prestador:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PÚBLICA	Nivel de Atención del Prestador:	1
Empresa Social del Estado:	SI			Carácter Territorial de la Entidad:	DEPARTAMENTAL
Representante Legal:	LYDA MARISELL MENDEZ ALVAREZ			Dirección administrativa:	KR 4 Nº 8- 12
Telefono:	8562202	Fax:	8562202	Email:	hospitalchoconta@hotmail.com
Municipio:	CHOCONTÁ			Departamento:	CUNDINAMARCA

SEDE PRINCIPAL DEL PRESTADOR.

Código y Nombre Sede Principal:	251830002501 - HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES DE CHOCONTA- EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS				
Dirección:	CARRERA 4 N° 8-12			Barrio:	RUFINO
Telefono:	8561301	Fax:		Email:	gerencia@hospitalsanmartindeporreschoconta.gov.co
Gerente:	LYDA MARISELL MENDEZ ALVAREZ			Fecha de Apertura:	2003/11/07
Municipio:	CHOCONTÁ			Departamento:	CUNDINAMARCA

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

Código y Nombre Sede:	254260002504 - PUESTO DE SALUD DE MACHETA-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS				
Dirección:	CL 5 Nº 8 48			Barrio:	
Telefono:	3118025861	Fax:		Email:	gerencia@hospitalsanmartindeporreschoconta.gov.co
Gerente:	LYDA MARISELL MENDEZ ALVAREZ			Fecha de Apertura:	2007/08/10
Municipio:	MACHETA			Departamento:	CUNDINAMARCA
Fecha de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud:	[FECHA_S_DECLARACION]			Periodo de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud:	[PERIODO_S_DECLARACION]

CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA; SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA; CAPACIDAD TECNÓLOGICA 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 TECNOLOGICA 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	344	PSICOLOGÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	420	VACUNACIÓN	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	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: 251830002501

Impreso por el usuario: 251830002501

Versión 2.0. Fecha de impresión: viernes 16 de agosto de 2024 (11:52 a.m.).

FIN DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

2542600025 - PUESTO DE SALUD DE MACHETA-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS

DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN SERVICIOS DE SALUD - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

* * * 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.

INICIO DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

2580700025 - PUESTO DE SALUD DE TIBIRITA-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	2518300025 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS				
NI:Nit / CC:Cédula	NI:860024766-7			Nombre o razón social:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS
Fecha de inscripción:	2003/11/07			Clase de prestador:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PÚBLICA	Nivel de Atención del Prestador:	1
Empresa Social del Estado:	SI			Carácter Territorial de la Entidad:	DEPARTAMENTAL
Representante Legal:	LYDA MARISELL MENDEZ ALVAREZ			Dirección administrativa:	KR 4 Nº 8- 12
Telefono:	8562202	Fax:	8562202	Email:	hospitalchoconta@hotmail.com
Municipio:	CHOCONTÁ			Departamento:	CUNDINAMARCA

SEDE PRINCIPAL DEL PRESTADOR.

Código y Nombre Sede Principal:	251830002501 - HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES DE CHOCONTA- EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS				
Dirección:	CARRERA 4 N° 8-12			Barrio:	RUFINO
Telefono:	8561301	Fax:		Email:	gerencia@hospitalsanmartindeporreschoconta.gov.co
Gerente:	LYDA MARISELL MENDEZ ALVAREZ			Fecha de Apertura:	2003/11/07
Municipio:	CHOCONTÁ			Departamento:	CUNDINAMARCA

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

Código y Nombre Sede:	258070002505 - PUESTO DE SALUD DE TIBIRITA-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS				
Dirección:	CALLE 7 N° 2-17			Barrio:	CENTRO
Telefono:	3118006765	Fax:		Email:	gerencia@hospitalsanmartindeporreschoconta.gov.co
Gerente:	LYDA MARISELL MENDEZ ALVAREZ			Fecha de Apertura:	2007/08/10
Municipio:	TIBIRITA			Departamento:	CUNDINAMARCA
Fecha de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud:	[FECHA_S_DECLARACION]			Periodo de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud:	[PERIODO_S_DECLARACION]

CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA; SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA; CAPACIDAD TECNÓLOGICA 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 TECNOLOGICA 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	344	PSICOLOGÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	420	VACUNACIÓN	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	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: 251830002501

Impreso por el usuario: 251830002501

Versión 2.0. Fecha de impresión: viernes 16 de agosto de 2024 (11:55 a.m.).

FIN DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

2580700025 - PUESTO DE SALUD DE TIBIRITA-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS

DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN SERVICIOS DE SALUD - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

* * * 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.

INICIO DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

2543600025 - PUESTO DE SALUD DE MANTA-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	2518300025 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS				
NI:Nit / CC:Cédula	NI:860024766-7			Nombre o razón social:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS
Fecha de inscripción:	2003/11/07			Clase de prestador:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PÚBLICA	Nivel de Atención del Prestador:	1
Empresa Social del Estado:	SI			Carácter Territorial de la Entidad:	DEPARTAMENTAL
Representante Legal:	LYDA MARISELL MENDEZ ALVAREZ			Dirección administrativa:	KR 4 Nº 8- 12
Telefono:	8562202	Fax:	8562202	Email:	hospitalchoconta@hotmail.com
Municipio:	CHOCONTÁ			Departamento:	CUNDINAMARCA

SEDE PRINCIPAL DEL PRESTADOR.

Código y Nombre Sede Principal:	251830002501 - HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES DE CHOCONTA- EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS				
Dirección:	CARRERA 4 N° 8-12			Barrio:	RUFINO
Telefono:	8561301	Fax:		Email:	gerencia@hospitalsanmartindeporreschoconta.gov.co
Gerente:	LYDA MARISELL MENDEZ ALVAREZ			Fecha de Apertura:	2003/11/07
Municipio:	CHOCONTÁ			Departamento:	CUNDINAMARCA

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

Código y Nombre Sede:	254360002503 - PUESTO DE SALUD DE MANTA-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS				
Dirección:	CL 3 Nº 1 42			Barrio:	
Telefono:	3118035202	Fax:		Email:	gerencia@hospitalsanmartindeporreschoconta.gov.co
Gerente:	LYDA MARISELL MENDEZ ALVAREZ			Fecha de Apertura:	2007/08/10
Municipio:	MANTA			Departamento:	CUNDINAMARCA
Fecha de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud:	[FECHA_S_DECLARACION]			Periodo de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud:	[PERIODO_S_DECLARACION]

CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA; SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA; CAPACIDAD TECNÓLOGICA 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 TECNOLOGICA 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	344	PSICOLOGÍA	SI
CONSULTA EXTERNA	420	VACUNACIÓN	SI
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	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: 251830002501

Impreso por el usuario: 251830002501

Versión 2.0. Fecha de impresión: viernes 16 de agosto de 2024 (11:54 a.m.).

FIN DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

2543600025 - PUESTO DE SALUD DE MANTA-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS

DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN SERVICIOS DE SALUD - RESOLUCIÓN 3100 DE 2019.

* * * 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.

INICIO DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

2587300025 - PUESTO DE SALUD DE VILLAPINZON-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	2518300025 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS				
NI:Nit / CC:Cédula	NI:860024766-7			Nombre o razón social:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS
Fecha de inscripción:	2003/11/07			Clase de prestador:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS
Clase de persona:	JURIDICO	Naturaleza Jurídica:	PÚBLICA	Nivel de Atención del Prestador:	1
Empresa Social del Estado:	SI			Carácter Territorial de la Entidad:	DEPARTAMENTAL
Representante Legal:	LYDA MARISELL MENDEZ ALVAREZ			Dirección administrativa:	KR 4 Nº 8- 12
Telefono:	8562202	Fax:	8562202	Email:	hospitalchoconta@hotmail.com
Municipio:	CHOCONTÁ			Departamento:	CUNDINAMARCA

SEDE PRINCIPAL DEL PRESTADOR.

Código y Nombre Sede Principal:	251830002501 - HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES DE CHOCONTA- EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS				
Dirección:	CARRERA 4 N° 8-12			Barrio:	RUFINO
Telefono:	8561301	Fax:		Email:	gerencia@hospitalsanmartindeporreschoconta.gov.co
Gerente:	LYDA MARISELL MENDEZ ALVAREZ			Fecha de Apertura:	2003/11/07
Municipio:	CHOCONTÁ			Departamento:	CUNDINAMARCA

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

Código y Nombre Sede:	258730002502 - PUESTO DE SALUD DE VILLAPINZON-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS				
Dirección:	CARRERA 9 Nº 3- 01			Barrio:	
Telefono:	3118038923	Fax:		Email:	gerencia@hospitalsanmartindeporreschoconta.gov.co
Gerente:	LYDA MARISELL MENDEZ ALVAREZ			Fecha de Apertura:	2007/08/10
Municipio:	VILLAPINZÓN			Departamento:	CUNDINAMARCA
Fecha de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud:	[FECHA_S_DECLARACION]			Periodo de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud:	[PERIODO_S_DECLARACION]

CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA; SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA; CAPACIDAD TECNÓLOGICA 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 TECNOLOGICA Y CIENTÍFICA

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

No ha iniciado la declaración de la autoevaluación de servicios en las novedades.

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

Elaborado por el usuario: 251830002501

Impreso por el usuario: 251830002501

Versión 2.0. Fecha de impresión: viernes 16 de agosto de 2024 (11:58 a.m.).

FIN DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

2587300025 - PUESTO DE SALUD DE VILLAPINZON-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD CENTRO ORIENTE ALMEIDAS