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.

7689204073 - PUESTO DE SALUD BARRIO GUACANDA

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	7689204073 - HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA ESE				
NI:Nit / CC:Cédula	NI:800030924-0			Nombre o razón social:	E.S.E. HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA
Fecha de inscripción:	2003/04/15			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:	MUNICIPAL
Representante Legal:	CLAUDIA JIMENA SÁNCHEZ ALCALDE			Dirección administrativa:	CARRERA 6 CALLE 10 ESQUINA
Telefono:	57-2-6959595	Fax:	6959595	Email:	labuenaesperanza@hospitaldeyumbo.gov.co
Municipio:	YUMBO			Departamento:	VALLE DEL CAUCA

SEDE PRINCIPAL DEL PRESTADOR.

Código y Nombre Sede Principal:	768920407301 - E.S.E. HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA				
Dirección:	CRA 6 CALLE 10 ESQUINA			Barrio:	URIBE
Telefono:	6959595	Fax:		Email:	labuenaesperanza@hospitaldeyumbo.gov.co
Gerente:	CLAUDIA JIMENA SANCHEZ ALCALDE			Fecha de Apertura:	2003/04/15
Municipio:	YUMBO			Departamento:	VALLE DEL CAUCA

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

Código y Nombre Sede:	768920407305 - PUESTO DE SALUD BARRIO GUACANDA				
Dirección:	CALLE 15 CRA 2 ESQUINA			Barrio:	GUACANDA
Telefono:	6959595	Fax:		Email:	labuenaesperanza@hospitaldeyumbo.gov.co
Gerente:	CLAUDIA JIMENA SANCHEZ ALCALDE			Fecha de Apertura:	2003/04/15
Municipio:	YUMBO			Departamento:	VALLE DEL CAUCA
Fecha de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud:	Jul 3 2025 9:19AM			Periodo de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud:	20250701 - 20260630

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	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

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

Elaborado por el usuario: 768920407301

Impreso por el usuario: 768920407301

Versión 2.0.

Fecha de impresión: jueves 08 de octubre de 2026 (2:31 p.m.).

FIN DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

7689204073 - PUESTO DE SALUD BARRIO GUACANDA