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.

7610002524 - PUESTO DE SALUD SAN FERNANDO

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR.

Código y Nombre del Prestador:	7610002524 - HOSPITAL SANTA ANA ESE				
NI:Nit / CC:Cédula	NI:891900414-0			Nombre o razón social:	E.S.E. HOSPITAL SANTA ANA
Fecha de inscripción:	2003/04/08			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:	CARLOS ARTURO DAVALOS VELEZ			Dirección administrativa:	CALLE 8 N° 5-09
Telefono:	2224314	Fax:	2224314	Email:	contactenos@hsantana.gov.co
Municipio:	BOLÍVAR			Departamento:	VALLE DEL CAUCA

SEDE PRINCIPAL DEL PRESTADOR.

Código y Nombre Sede Principal:	761000252401 - E.S.E. HOSPITAL SANTA ANA E.S.E.				
Dirección:	CALLE 8 # 5-09			Barrio:	LA PAZ
Telefono:	2224314	Fax:	EXT. 104	Email:	contactenos@hsantana.gov.co
Gerente:	CARLOS ARTURO DAVALOS VELEZ			Fecha de Apertura:	2003/04/08
Municipio:	BOLÍVAR			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:	761000252411 - PUESTO DE SALUD SAN FERNANDO				
Dirección:				Barrio:	
Telefono:		Fax:		Email:	contactenos@hsantana.gov.co
Gerente:	CARLOS ARTURO DAVALOS VELEZ			Fecha de Apertura:	2003/04/08
Municipio:	BOLÍVAR			Departamento:	VALLE DEL CAUCA
Fecha de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud:	Jul 30 2026 9:02AM			Periodo de la Declaración de Autoevaluación de Servicios de Salud:	20260701 - 20270630

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	420	VACUNACIÓN	SI

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

Elaborado por el usuario: 761000252401

Impreso por el usuario: 761000252401

Versión 2.0.

Fecha de impresión: viernes 25 de septiembre de 2026 (11:42 a.m.).

FIN DOCUMENTO DECLARACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE SERVICIOS.

7610002524 - PUESTO DE SALUD SAN FERNANDO