



EL (LOS) SUSCRITO(S) (A) PROFESIONAL(ES) DE SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA

HACE CONSTAR QUE:

Al Servicio de Vacunación del Prestador de Servicios de Salud **ALIANZA COMPENSAR-CLINICOS PROGRAMAS DE ATENCION INTEGRAL SAS IPS**, con código **1575902535-02**, ubicado en el municipio de **SOGAMOSO** ubicada en la **CALLE 20 N° 11-21**, le fueron realizadas visitas y revisión documental, a los 16 días de febrero y posteriormente el 26 de octubre del 2021, que permitieron establecer que el prestador **SI** cumple con LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN en cuanto a Capacidad Tecnológica y Científica, del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y Lineamientos PAI Nacionales, establecidos en la Normatividad vigente.

Los soportes de visita se encuentran archivados en cada carpeta del Drive correspondiente.

Tunja, **05 de noviembre de 2021**

Nombre	PILAR RINCÓN OCHOA
Cargo	Enfermera Auditora
Dependencia	Dirección de prestación de Servicios SESALUB