

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 **Clínica Chía S.A. - SEDE TUNJA** con código **1500101943 - 03** ubicado en el municipio de **TUNJA**, ubicada en la Carrera 6 N° 46-26, le fue realizada visita y revisión documental, los DIAS 15 de Marzo de **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 Lineamientos PAI Nacionales, establecidos en la Normatividad vigente.

Las observaciones que refieren estar en proceso, deberán ser cumplidas de manera previa a la entrega del biológico.

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

Tunja, fecha **15 marzo de 2021**



Nombre	CLAUDIA FANNY BARAJAS BAUTISTA
Cargo	Verificadora/ASESORIA SUH
Dependencia	Dirección Prestación de Servicios/ SESALUB