

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 **CLINICA MEDILASER S.A** con código **1500101596-01** ubicado en el municipio de **Tunja**, ubicada en la Carrera 2 Este N°67B-90, le fue realizada visita y revisión documental, los **DIAS 15 febrero 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 y Lineamientos PAI Nacionales, establecidos en la Normatividad vigente.

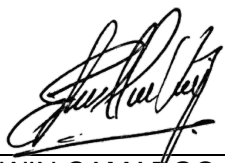
Las observaciones que refieren estar en proceso, deberán ser cumplidas de manera previa a la entrega del biológico.

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

Tunja, fecha **19 febrero de 2021**




<b>Nombre</b>	YEISON FERNANDO ARIAS NEIRA	<b>Nombre</b>	EDDY CAROLINA PEÑA A.
<b>Cargo</b>	Profesional de Apoyo - PAI	<b>Cargo</b>	Enfermera/Auditora/Verificadora
<b>Dependencia</b>	PAI DEPARTAMENTAL	<b>Dependencia</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
	SESALUB		



<b>Nombre</b>	EDWIN CAMARGO VARGAS	<b>Nombre</b>	
<b>Cargo</b>	Ingeniero Civil-Verificador	<b>Cargo</b>	
<b>Dependencia</b>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	<b>Dependencia</b>	
	SESALUB		