

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 **CENTRO MÉDICO COLSUBSIDIO - SEDE CHIQUINQUIRÁ** con código **1500101954-02** ubicado en el municipio de **Chiquinquirá**, ubicada en la Calle 17 # 7 - 34 Locales 101, 102, 201 y 202, le fue realizada visita y revisión documental, los **DIAS 25 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 **09 marzo de 2021**




<b>Nombre</b>	CRISTIAN DAVID ALVARADO JIMÉNEZ	<b>Nombre</b>	EDDY CAROLINA PEÑA A.
<b>Cargo</b>	Ingeniero Civil-Verificador	<b>Cargo</b>	Enfermera/Auditora/Verificadora
<b>Dependencia</b>	Dirección Prestación de Servicios/ SESALUB	<b>Dependencia</b>	Dirección Prestación de Servicios/ SESALUB