



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 SOGAMOSO** con código **1575901954-04** ubicado en el municipio de **Sogamoso**, ubicada en la **Calle 13 A # 16 A 22**, le fue realizada visita y revisión documental, los **DIAS 16 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 **02 Marzo de 2021**

Nombre	YEISON FERNANDO ARIAS NEIRA	Nombre	EDDY CAROLINA PEÑA A.
Cargo	Profesional de Apoyo - PAI	Cargo	Enfermera/Auditora/Verificadora
Dependencia	PAI Departamental SESALUB	Dependencia	Dirección Prestación de Servicios/ SESALUB

Nombre	CRISTIAN DAVID ALVARADO JIMÉNEZ
Cargo	Ingeniero Civil-Verificador
Dependencia	Dirección Prestación de Servicios/ SESALUB