

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 SEDE DUITAMA** con código **1523802535-03** ubicado en el municipio de **Duitama**, ubicada en la CALLE 20 No. 24 - 25, 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 **10 marzo de 2021**




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



Nombre	YEISON FERNANDO ARIAS VEGA
Cargo	PROFESIONAL DE APOYO PAI
Dependencia	SESALUB