



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 **Clínicos Programas de Atención Integral S.A.S IPS** con código **1500102535-01** ubicado en el municipio de **Tunja** sede **Principal** ubicada en la **CARRERA 1 A NO. 46 - 49 PISO 2, 3 Y 5**, le fue realizada visita y revisión documental, los **DIAS 12 de 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 **05 MARZO DE 2021**

Nombre	JEFFER TOCARRUNCHO	Nombre	EDWIN CAMARGO
Cargo	Enfermero /verificador	Cargo	Ing. Civil/Verificador
Dependencia	Prestación de Servicios	Dependencia	Prestación de Servicios
	SESALUB		SESALUB

Nombre	SANDRA MILENA REYES	Nombre	
Cargo	Profesional de apoyo-PAI	Cargo	
Dependencia	PAI Departamental	Dependencia	
	SESALUB		