



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 **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD FE Y ESPERANZA DE SORACA** con código **1576400697-01** ubicado en el municipio de **SORACA** sede **01** ubicada en la calle 5 # 2-17, le fue realizada visita y revisión documental, los **DIAS 31 DE AGOSTO 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.

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

Tunja, fecha **01 DE SEPTIEMBRE 2021**

Nombre	LAURA CAROLINA PARDO TOVAR
Cargo	Odontóloga/Verificadora.
Dependencia	Prestación de Servicios.
	SESALUB