



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 **ESE SAN JUDAS TADEO DE TOPAGA**, con código **1582000177-01**, ubicado en el municipio de **TOPAGA** ubicada en la **CALLE 5 No 5-84**, le fueron realizadas visitas y revisión documental, a los 15 días de junio y posteriormente el 13 de octubre del 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, **09 de noviembre de 2021**

| | |
|--------------------|--|
| Nombre | PILAR RINCÓN OCHOA |
| Cargo | Enfermera Auditora |
| Dependencia | Dirección de prestación de Servicios SESALUB |