



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 SALUD PAZ DE RIO**, con código **1553701086-01**, ubicado en el municipio de **PAZ DE RÍO**, ubicada en la **KR 4 No 7-32 BRR COLONIAL**, le fueron realizadas visitas y revisión documental, a los 17 días de marzo y posteriormente el 02 de noviembre 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, **10 de noviembre de 2021**

<b>Nombre</b>	PILAR RINCÓN OCHOA
<b>Cargo</b>	Enfermera Auditora
<b>Dependencia</b>	Dirección de prestación de Servicios SESALUB