

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 **E.S.E CENTRO DE SALUD SAN PEDRO DE IGUAQUE** con código **1523200705-01** ubicado en el municipio de **San Pedro de Iguaque – Chíquiza Boyacá**, ubicada en la **CARRERA 7 # 3 - 56**, le fue realizada visita el día **05 de Marzo de 2021** y revisión documental los días 18 de marzo, 19 de mayo y 01 de junio 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.

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

Tunja, fecha **Junio 02 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