

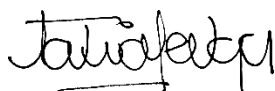
EL (LOS) SUSCRITO(S) (A) PROFESIONAL(ES) DE SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA

HACE CONSTAR QUE:

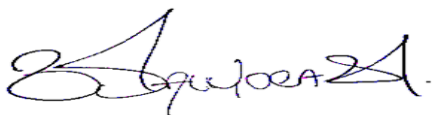
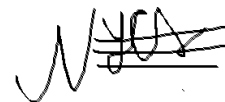
Al Servicio de Vacunación del Prestador de Servicios de Salud **E.S.E. CENTRO DE SALUD DE TOTA** con código **1582200742-01** ubicado en el municipio de **Tota Boyacá**, en la Dirección **CRA 3 CALLE 2 ESQUINA**, le fue realizada visita el día **16 de Junio de 2021** y revisión documental los días 02, 09 y 19 de julio, 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, **Julio 19 de 2021**




Nombre	TATIANA LEAL VEGA	Nombre	EDDY CAROLINA PEÑA A.
Cargo	Fisioterapeuta-Verificadora	Cargo	Enfermera/Auditora/Verificadora
Dependencia	Dirección Prestación de Servicios/ SESALUB	Dependencia	Dirección Prestación de Servicios/ SESALUB

Nombre	WALTER MOJICA	Nombre	NYDIA YURANY CELY SALAMANCA
Cargo	Ingeniero Biomédico-Verificador	Cargo	Enfermera/Auditora
Dependencia	Dirección Prestación de Servicios/ SESALUB	Dependencia	Dirección Prestación de Servicios/ SESALUB