



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 SORACA** con código de habilitación **15764006977-01** ubicado en el municipio de SORACA, en la CALLE 5 N° 2 – 17 , le fue realizada visita y revisión documental, los DIAS **04 del MES MARZO AÑO 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.

Las observaciones que refieren estar en proceso, deberán ser cumplidas de manera previa a la entrega del biológico.

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

Tunja, fecha **19 de MARZO del AÑO 2021**

Nombre	JEFFER TOCARRUNCHO
Cargo	Enfermero /verificador
Dependencia	Prestación de Servicios
	SESALUB