

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 HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA con código **1523800664** ubicado en el municipio de DUITAMA sede principal ubicada en la **AV AMERICAS KR 35**, le fue realizada visita y revisión documental, los DIAS **15 MES FEBRERO** 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.

Las observaciones que refieren están 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 04 **Marzo** del **2021**.




Nombre	Cristian David Alvarado Jiménez	Nombre	Sandra Yulieth Quintana Baquero
Cargo	ING.civil / verificador	Cargo	Referente PAI SESALUB
Dependencia	DPSS	Dependencia	PAI
	SESALUB		SESALUB



Nombre	Sandra Liliana pacheco Suarez
Cargo	Referente PAI
Dependencia	Secretaria de Salud
	SESALUB

(Esta solicitud debe estar firmada por todos los integrantes del grupo designado para la visita).