

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 HOSPITAL REGIONAL SOGAMOSO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO con código **1575900798** ubicado en el municipio de SOGAMOSO sede principal ubicada en la **CL 8 N° 11 A-43**, le fue realizada visita y revisión documental, los DIAS **16 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 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 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	
	SESALUB		SESALUB



Nombre	Sandra Liliana Pacheco Suarez
Cargo	Refente Programa PIA
Dependencia	Secretaria de Salud de Boyaca.
	SESALUB

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