



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 SAN ANTONIO DE SOATA** con código de Hab. **1575300332-01** ubicado en el municipio de **Soata**, sede **Principal** ubicada en la **KR 7 No. 6-31**, le fue realizada visita y revisión documental, los **DIAS 26 de Febrero 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.

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 **10 MARZO DE 2021**

Nombre	JEFFER TOCARRUNCHO	Nombre	EDWIN CAMARGO
Cargo	Enfermero /verificador	Cargo	Ing. Civil/Verificador
Dependencia	Prestación de Servicios	Dependencia	Prestación de Servicios
	SESALUB		SESALUB