



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 **UNIDAD BASICA DE ATENCION DEL MUNICIPIO DE BUSBANZA** con código **151140079804** ubicado en el municipio de **BUSBANZA** sede **04** ubicada en la **CALLE 4 No 4-39**, le fue realizada visita y revisión documental, los día 24 de Marzo 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 **24 de Marzo de 2021**

<b>Nombre</b>	Tatiana Mendoza Rojas	<b>Firma</b>	
<b>Cargo</b>	Fisioterapeuta / Verificadora / Contratista		
<b>Dependencia</b>	Prestación de Servicios		
	SESALUB		

<b>Nombre</b>	Melbi Yolanda Hernández S	<b>Firma</b>	
<b>Cargo</b>	Instrumentadora Qx / Verificadora / Contratista		
<b>Dependencia</b>	Prestación de Servicios		
	SESALUB		

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