



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 **Salud Vital Integral Sede Duitama**, con código **1523801784-04**, ubicado en el municipio de **DUITAMA**, ubicada en **CARRERA 16 N° 11-17 PISO 1- 2 Y 3**, le fueron realizadas visitas y revisión documental, a los 15 días de febrero y posteriormente el 27 de noviembre 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.

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

Tunja, **09 de diciembre de 2021**

<b>Nombre</b>	PILAR RINCÓN OCHOA
<b>Cargo</b>	Enfermera Auditora
<b>Dependencia</b>	Dirección de prestación de Servicios SESALUB