



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 SAS Sede Chiquinquirá** con código **1517601784 -03** ubicado en el municipio de **Chiquinquirá**, ubicada en la **CARRERA 7A No 19-06 piso 4 y 5**, le fue realizada visita y revisión documental, los **DIAS 25 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	CRISTIAN DAVID ALVARADO JIMÉNEZ	Nombre	EDDY CAROLINA PEÑA A.
Cargo	Ingeniero Civil-Verificador	Cargo	Enfermera/Auditora/Verificadora
Dependencia	Dirección Prestación de Servicios/ SESALUB	Dependencia	Dirección Prestación de Servicios/ SESALUB