| | |
|---|---|
| **FECHA** | **1 NOVIEMBRE 2022** |
| **DEPENDENCIA** | **AREA ASISTENCIAL** |
| **ASUNTO** | **EXPEDICION DEL CERTIFICADO DE RECIBIDO A SATISFACCION** |

**LA SUSCRITO JEFE DE ENFERMERIA E.S.E HOSPITAL LOCAL SAN MARTIN DE LOBA,**

**Autoriza:**

Que, revisada la documentación contractual y los anexos de facturación, cuenta de cobro, seguridad social y cumplimiento de las clausulas para pago, procede avalar para el pago por SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION PARA ASESORAR, REALIZAR SEGUIMIENTO Y ACTUALIZAR EL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC DE LA ESE HOSPITAL LOCAL SAN MARTIN DE LOBA, a favor de LUZ ELENA BARRASA PIEDRAHITA, identificada con cedula de ciudadania No 33.202.440

La presente se expide a los primer (1) días del mes de Noviembre de dos mil veinte dos (2022)

**RUBEN DARIO MORA GUTIERREZ**
**JEFE ENFERMERIA**