| | |
|---|---|
| **FECHA** | **29 DE DICIEMBRE DE 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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DOCUMENTAR LAS DISPOSICIONES TÉCNICAS Y OPERATIVAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD A LOS RECIÉN NACIDOS, MUJERES DURANTE LA ETAPA PRECONCEPCIONES, GESTACIONAL, PERIODO PERINATAL Y POSPARTO, a favor de CARMEN ALICIA PEREZ MENDOZA, identificado con cedula de ciudadanía No 33.352.944, representante legal de FUNDACION SAMUEL DAVID V.P

La presente se expide a los veintinueve (29) días del mes de Diciembre de 2022

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



Powered by CamScanner