CERTIFICA:

Que una vez revisada la Hoja de Vida de señor(a) **DELGADO SOCARRAS CARMEN ISABEL,** identificado (a) con Cedula de Ciudadanía C.C. No. **36543712,** cuenta con el título requerido para ejecutar el siguiente objeto contractual **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.**
La anterior certificación se expide en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de Julio de 2015,

Se deja constancia además de haber recibido una (1) oferta

Dado en Santa Marta, a los dos (30) días del mes de ENERO 2024.

Atentamente,

SUPERVISOR

AURA STELLA DAZA PEÑA
Profesional Especializado
Unidad Funcional de Enfermería
Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche