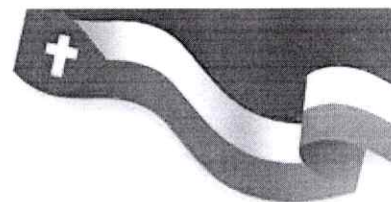




**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL LOCAL DE CAMPO DE LA CRUZ  
NIT 900.017.892-2**



**CERTIFICADO DE IDONEIDAD**

En cumplimiento de lo señalado artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto Nacional 1082 de 2015, reglamentario de la Ley 80 de 1993 y de la Ley 1150 de 2007.

**SE CERTIFICA:**

Que realizado el estudio y evaluación de la documentación presentada en relación con la formación académica y experiencia laboral por el señor(a):

|                                    |                                            |
|------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Nombre del Contratista:</b>     | <b>LICENIA CRISTINA CABALLERO GRANADOS</b> |
| <b>Cedula de Ciudadania / Nit:</b> | 57405151                                   |

se ha podido comprobar que cumple íntegramente con los requisitos determinados en los estudios previos para prestar los servicios personales en el marco del contrato, cuyo objeto es:

|                |                                                                                                                                             |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objeto:</b> | <b>APROPIACION PARA GARANTIZAR APOYO A LA GESTION DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE MEDICO EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA.</b> |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Para constancia se firma en Campo de la Cruz, el 01-07-2025

  
**ANA BEL MUÑOZ LASTRA**  
Gerente