CERTIFICADO DE IDONEIDAD Y EXPERIENCIA

La suscrita empleada publica del HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E. DE RONCESVALLES - TOLIMA, con funciones de jefe de personal y en calidad de supervisora designada en este trámite contractual, procede a exponer lo siguiente:

CERTIFICA

Que revisados los documentos presentados por **CAMILO ANDRES SALAMANCA NEIRA** identificada con la cedula de ciudadanía No. **1.005.780.586** se determinó que reúne los requisitos de orden técnico, jurídico, académico, de idoneidad y experiencia para celebrar un acto contractual con el HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E. DE RONCESVALLES - TOLIMA**.,** conforme a las exigencias establecidas en los estudios previos, con el siguiente objeto:

> "CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA COADYUVAR PROCESOS DEL AREA DE FACTURACION, ADMISION Y ATENCION AL USUARIO DEL HOSPITAL SANTA LUCIA ESE DE RONCESVALLES TOLIMA"

En constancia, se firma la presente en el HOSPITAL SANTA LUCIA E.S.E. DE RONCESVALLES - TOLIMA al UNO (01) DE OCTUBRE DEL DOS MIL VEINTISEIS (2026)

LILIANA MORA ROZO
"Profesional universitaria"