



## **INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Quien suscribe **Ana María Hernández Quiero, Enfermera**, certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **OCTUBRE de 2024**.

<b>NOMBRE Y CARGO</b>		<b>ACTIVIDAD</b>
- <b>DIANA COLLAZOS EUSCATEGUI (MEDICO)</b>		<b>ACTIVIDAD DEL PRESTADOR</b> CONTROL INTEGRAL, CONVENIO PRAPS COMPONENTE 2 CARDIOVASCULAR, CESFAM.
		<b>DESCUENTO POR ATRASOS</b>
		<b>ABONO POR BENEFICIO</b>
<b>HORAS TRABAJADAS</b>	<b>27</b>	<b>MONTO BRUTO</b>

Lo anterior en virtud de dar curso al pago de sus honorarios por concepto de contrato de prestación de servicios por el mes de **Octubre de 2024**.



**INFORME DE CERTIFICACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Quien suscribe **IRIS PARRA LAGOS, Coordinadora Ambulatorio Básico** certifica que el Servidor Público que se indica a continuación, ha desempeñado satisfactoriamente sus actividades correspondientes al mes de **OCTUBRE 2024**.

<b>NOMBRE Y CARGO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
<b>DIANA FERNANDA COLLAZOS EUSCATEGUI  MÉDICO</b>	Brindar atención a los usuarios PAB, Solicitar exámenes pertinentes, Controlar a los usuarios una vez al mes, Participar en reuniones de la mesa terapéutica, cuando sea pertinente, Participar de capacitaciones y reuniones a nivel local y regional, Registro en Ficha clínica.
<b>TOTAL HORAS REALIZADAS</b>	
<b>MONTO TOTAL BRUTO</b>	

Lo anterior en virtud de dar curso al pago de sus honorarios por concepto de contrato de prestación de servicios por el mes de **OCTUBRE 2024**.