



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 **MARZO 2025**

NOMBRE Y CARGO	ACTIVIDAD	VALOR HORA Y N° DE HORAS
DIANA FERNANDA COLLAZOS EUSCATEGUI MÉDICO	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.	
TOTAL HORAS REALIZADAS		
MONTO TOTAL BRUTO		

Lo anterior en virtud de dar curso al pago de sus honorarios por concepto de contrato de prestación de servicios por el mes de **MARZO 2025**

Villa Alegre, MARZO 2025