**LA (IPS/ESE) HOSPITAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**HACE CONSTAR QUE:**

Que el profesional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nombres y apellidos), identificado con Cedula de Ciudadanía No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fue nombrado en el cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(profesión), en cumplimiento del servicio social obligatorio, en la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nombre de la IPS) del Municipio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mediante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(contrato o Resolución). Plaza aprobada mediante Resolución No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (año) por la Secretaria de Salud del Huila. Código de la Plaza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(numero), ID \_\_\_\_\_\_(numero).

Que el profesional desempeño el cargo desde el \_\_\_\_(día)\_\_\_\_(mes)\_\_\_\_\_\_\_(año) hasta el \_\_\_(día)\_\_\_\_(mes)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(año), cumpliendo las actividades previstas.

Dado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(lugar y fecha)

(NOMBRE Y APELLIDOS DEL GERENTE)

GERENTE