**EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ESE HOSPITAL XXXXX DEL MUNICIPIO XXXXXXXX DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA**

**CERTIFICA**

Que la entidad XXXXXXXXXXXXXX del municipio de XXXXXXXX, departamento de Antioquia, cuenta con la infraestructura física adecuada (área e instalaciones) para la administración y operación del proyecto cuyo objeto es "**XXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**".

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DETALLE INFRAESTRUCTURA FÍSICA DISPONIBLE** | | | | |
| **GRUPO** | **SERVICIO** | **AMBIENTE / ÁREA** | **Cantidad** | **Área en m2** |
| Consulta Externa | Medicina General | Consultorio Telemedicina | 1 | 10 mínimo |

Así mismo, la ESE; cuenta con el talento humano idóneo, según los criterios vigentes de habilitación para la puesta en funcionamiento de los equipos solicitados en el proyecto, el cual se relaciona a continuación:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **DETALLE DEL TALENTO HUMANO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA** | **# personas** |
| 1 | Médico general | XX |
| 2 | Enfermeros profesionales | XX |
| 3 | Auxiliares de enfermería | XX |

Para constancia de lo anterior, se firma en el municipio de XXXXXXX del departamento de Antioquia, a los XXX días del mes de XXXX del año 2024.

**NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL**

Cargo: XXXXXXXXXXXXXXXXXX