



EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, CONSIDERA NECESARIO Y OPORTUNO CONTRATAR BAJO LA MODALIDAD DE CONVOCATORIA PÚBLICA LA ALIANZA PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MEDICO ESPECIALIZADO DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS TPH, CORRESPONDIENTE A LA PRODUCCIÓN ADICIONAL A LA GENERADA POR LOS FUNCIONARIOS DE PLANTA DE PERSONAL, EN FORMA AUTOGESTIONARIA, CON AUTOCONTROL Y AUTOGOBIERNO, EN FORMA INDEPENDIENTE Y AUTÓNOMA Y DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LOS PRESENTES TÉRMINOS DE REFERENCIA, LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y EL CONTRATO QUE SE CELEBRE PARA EL EFECTO.

ANEXO No. 7

MODELO DE CERTIFICACIÓN DE EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

FORMATO CON LOGO INSTITUCIONAL

Fecha:

Nombre del Contratante, Dirección y teléfono.

- 1. OBJETO DEL SERVICIO:**
- 2. TIEMPO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO. Inicio y terminación.**
TIEMPO CONTRATADO EN MESES:
- 3. CALIFICACIÓN DEL SERVICIO PRESTADO (Satisfactorio, Insatisfactorio)**

OBSERVACIONES.

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL: