

EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE, INVITA A PRESENTAR PROPUESTAS PARA EL SERVICIO MEDICO ESPECIALIZADO DE HEMATOLOGIA, CORRESPONDIENTE A LA PRODUCCION ADICIONAL QUE SE REQUIERA EN EL INSTITUTO, 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 Nro. 7 MODELO DE CERTIFICACION DE EXPERIENCIA

FORMATO CON LOGO INSTITUCIONAL

Fecha:

Certificación dirigida al Instituto Nacional de Cancerología ESE.

Nombre del Contratante, Dirección y teléfono.

1. OBJETO DEL SERVICIO:

2. TIEMPO DE PRESTACION DEL SERVICIO. Inicio y terminación.

TIEMPO CONTRATADO EN MESES:

3. CALIFICACION DEL SERVICIO PRESTADO (Satisfactorio, Insatisfactorio)

OBSERVACIONES.

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL