**EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - INVITA A PRESENTAR PROPUESTAS PARA LA GESTION DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS UNIDOS A PRODUCTOS ESPECÍFICOS QUE CORRESPONDEN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE REHABILITACIÓN, QUE SE REQUIERA EN EL INSTITUTO, EN FORMA TERCERIZADA, AUTOGESTIONARIA, CON AUTOCONTROL Y AUTOGOBIERNO, EN FORMA INDEPENDIENTE Y AUTÓNOMA Y DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA NORMATIVA VIGENTE, LOS PRESENTES TÉRMINOS DE CONDICIONES, SUS ANEXOS, ADENDAS Y EL CONTRATO QUE SE CELEBRE PARA EL EFECTO.**

**ANEXO No. 10**

**REGISTRO DE EXPERIENCIA Y CUMPLIMIENTO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA** | | | | | | | | | | | | | |
| **ANEXO No. 10.** | | | | | | | | | | | | | |
| **REGISTRO DE EXPERIENCIA Y CUMPLIMIENTO** | | | | | | | | | | | | | |
| **MONTO Y TIEMPO CONTRATADO** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ítem** | **# Folio en la propuesta** | **Nombre de la entidad con quien contrató** | **Contrato No.** | **Dirección entidad.** | **Teléfono entidad.** | **Nombre del supervisor** | **Objeto** | **Valor contratado inicial** | **Adiciones** | **Valor final** | **Fecha inicio** | **Fecha terminación** | **Meses completos contratados** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |