**EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA- EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO- INVITA A PRESENTAR PROPUESTAS PARA EL SERVICIO MEDICO ESPECIALIZADO DE CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, CORRESPONDIENTE A LA PRODUCCIÓN 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 No. 7**

**MODELO DE CERTIFICACION DE EXPERIENCIA**

**FORMATO CON LOGO INSTITUCIONAL**

**Fecha:**

**Certificación dirigida al Instituto Nacional de Cancerología.**

**Nombre del Contratante, Dirección y teléfono.**

**1. OBJETO DEL SERVICIO:**

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

**3. TIEMPO CONTRATADO EN MESES:**

**4. CALIFICACION DEL SERVICIO PRESTADO (Satisfactorio, Insatisfactorio)**

**OBSERVACIONES.**

1. **NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL:**