

## Anexo No 4.

### Certificado de asistencia Visitas obligatorias

Ciudad y fecha: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con Cédula de Ciudadanía No \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, Representante legal de la Entidad y o representante legal de unión temporal, consorcio o promesa de sociedad futura, \_\_\_\_\_ con NIT \_\_\_\_\_, en los términos de la Convocatoria Pública que tiene como objeto la SELECCIÓN DE LOS CONTRATISTAS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD DENTRO DE LOS ESTANDARES DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD EN TODOS LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD Y DE ALTO COSTO A LA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD A CARGO DEL INPEC EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN Y CON CARGO AL FONDO, Certifico las visitas obligatorias conforme al Título II CONDICIONES DE LA CONVOCATORIA PÚBLICA, Numeral sexto VISITAS A LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL ORDEN NACIONAL, como oferente para la Macrorregión \_\_\_\_ y de acuerdo al Anexo No 3. Formato solicitud de Visita.

Macrorregión 1.			
Generación	Establecimiento	Fecha	Firma y sello Director del ERON
Primera	EC BOGOTÁ		
Segunda	EPAMSCAS COMBITA		
Tercera	EPMSC JAMUNDI		

Macrorregión 2.			
Generación	Establecimiento	Fecha	Firma y sello Director del ERON
Primera	COMPLEJO CARCELARIO Y PENITENCIARIO METROPOLITANO DE CÚCUTA- "COCUC"		
Segunda	EPAMSCAS LA DORADA -ERE-		
Tercera	EPMSC SANTA MARTA		

**Firma Representante Legal:**

**Nombre Representante Legal:**

**Cédula de ciudadanía Representante Legal:**