



FORMATO No. 11

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE METROS LINEALES Y ERON ADICIONALES A LOS PRIORIZADOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

Yo _____ con CC _____ como representante legal de la firma _____, me comprometo a realizar la organización de _____ Metros Lineales adicionales a los requeridos en el proceso y sus anexos:

1. METROS LINEALES ADICIONALES A INTERVENIR

SERVICIO	CANTIDAD DE METROS LINEALES ORGANIZADOS	PUNTAJE MÁXIMO
Organización Historias Clínicas en ERON: Recepción, Inventario, ordenación, inserciones, foliación, identificación, elaboración de la hoja de control, almacenamiento.		800 PUNTOS

2. ERON ADICIONALES

Me comprometo a realizar adicional a los establecimientos priorizados, la gestión integral, Administración del Archivo de Gestión y los servicios de custodia en el Archivo Central de Historias Clínicas de las Personas Privadas de la Libertad– PPL, en los siguientes establecimientos:

Numero	Departamento	CIUDAD	Regional	Código	Establecimiento

NOTA: Con la firma del presente documento manifiesto que los anteriores ofrecimientos no generan cobro adicional al CONSORCIO.

Nombre completo del Proponente:

NIT:

Representante legal:

Dirección:

Ciudad:

Teléfono(s):

Fax:



Correo Electrónico: