

CERTIFICACIÓN

Yo, **MARIA FERNANDA LENIS JARAMILLO**, en mi calidad de Representante Legal de **FUNDACION IPS PARA LA SALUD FISICA Y MENTAL – FIME**, manifiesto que en el marco del cumplimiento requisitos habilitantes, certifico que en caso de ser adjudicado el presente proceso de contratacion , garantizare que las IPS aliadas estén inscritas en el registro de prestadores de servicio de salud - REPS - que para el efecto lleve el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, de conformidad con la Resolución 2003 de 2014 y debe estar bajo los parámetros establecidos por la normatividad vigente del Decreto 1011 de 2006 artículo 6, Decreto 780 de 2016, capítulo 3

Dado en Cerrito Valle, 09 de mayo de 2024.

Atentamente,



Nombre del Proponente: **FUNDACION IPS PARA LA SALUD FISICA Y MENTAL FIME**

Representante Legal: **MARIA FERNANDA LENIS JARAMILLO**

C. C. No.: **66 657 530 de El Cerrito Valle**

Matrícula Profesional No.: **229080**

No. del **NIT 900764401-3**

Dirección de correo: **Calle 6 numero 8-48 El Cerrito**

Correo electrónico: **fundacion.fime@gmail.com**

Telefax: **2586582**

Ciudad: **El Cerrito Valle**