**CERTIFICACIÓN VALIDACIÓN DE RIPS**

El Representante Legal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con código de Habilitación N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Según lo establecido en el artículo 9° de la Resolución 3374/2000, en lo relativo a los procesos informáticos en los prestadores de servicios de salud, certifico que los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS del periodo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ han sido validados en la consistencia de los datos, los valores que asumen las variables y la referencia cruzada de las mismas.

Se expide con destino a la Secretaria de Salud de Bogotá.

Fecha:

Nombre y apellidos Representante Legal de la Institución prestadora de Servicios de Salud:

Tipo y Número de identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si utiliza un tercero:

Autorizo a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo y Número de identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para que realice el trámite correspondiente a la presentación de mis RIPS ante la Secretaria de Salud de Bogotá.

Firma Representante Legal:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_