**LOS SUSCRITOS REPRESENTANTE LEGAL Y REVISOR FISCAL DE (…)**

**CERTIFICAN**

Que las facturas relacionadas a continuación, causadas por la prestación de servicios de salud para la atención de usuarios del Régimen (…) afiliados a la (…), durante el periodo comprendido entre el (…), se encuentran auditadas médico y contablemente, reposando los originales en los archivos de nuestra entidad:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FACTURA** | **FECHA** | **VALOR** | **GLOSA FINAL** | **VALOR NETO** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL** | |  |  |  |

Dada en la ciudad de (…), a los (…) (…) días del mes de (…) de (…).

**(…) (…)**

**Representante Legal Contador Público**