COLCAN

LABORATORIO CLÍNICO

Bogotá, 12 de marzo de 2020

Señores

POLICIA NACIONAL – DIRECCION DE SANIDAD – HOSPITAL CENTRAL

La Ciudad.

Ref.: Certificación de sedes

Yo, **ABDON MARCELO ANDRADE CHAVEZ**, actuando en calidad de Representante legal, del **CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ – COLCAN S.A.S**, certifico que contamos con 7 sedes en la ciudad de Bogotá y 16 sedes a nivel nacional para la prestación del servicio del presente proceso como se evidencia en el documento adjunto que tiene como nombre REPS

Cordialmente,

ABDON MARCELO ANDRADE CHAVEZ
C.E 184.768 de Bogotá D.C
REPRESENTANTE LEGAL
CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARAVAEZ-COLCAN SAS
NIT 800.066.001-3
Calle 49 N° 13-60

COLCAN

LABORATORIO CLÍNICO

Bogotá, 12 de marzo de 2020

Señores

POLICIA NACIONAL – DIRECCION DE SANIDAD – HOSPITAL CENTRAL

La Ciudad.

Ref.: Tiempo de recogida de la muestra

Yo, **ABDON MARCELO ANDRADE CHAVEZ**, actuando en calidad de Representante legal, del **CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ – COLCAN S.A.S**, certifico que recogeremos la muestra en un tiempo menor a 2 horas

Cordialmente,

ABDON MARCELO ANDRADE CHAVEZ
C.E 184.768 de Bogotá D.C
REPRESENTANTE LEGAL
CENTRO MEDICO OFTALMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARAVAEZ-COLCAN SAS
NIT 800.066.001-3
Calle 49 N° 13-60