Barranquilla 20 de Marzo de 2024

Señores.
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
Ciudad.

Ref: Establecimiento .

Respetados Señores:

Yo **ROSARIO ISABEL ESCORCIA DE LA ROSA** identificada con **C.C 32.748.089** y actuando como representante Legal de **LIFE SUMINISTROS MÉDICOS S.A.S** identificado con **Nit No 900.240.177-9**, me permito certificar que el Establecimiento de Comercio actualmente se encuentra vigente, activo y brindando servicio con una antigüedad no inferior a un (1) año, contado a partir de la fecha de presentación de la propuesta.

Agradezco a la presente,



Firma del representante legal del proponente

_____

Nombre o razón social del oferente: **LIFE SUMINISTROS MEDICOS S.A.S**
Identificación (NIT X C.C ☐ C.E ☐): **900.240.177-9**
Nombre Representante Legal: **ROSARIO ISABEL ESCORCIA DE LA ROSA**
C.C **32.748.089 de Barranquilla**