FORMULARIO No 8

ORIGEN LÍCITO DE LOS RECURSOS

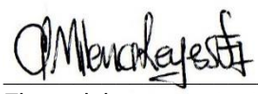
Proceso de Contratación **PN RASES4 MIC 143/2024**

Santiago de Cali, 30 de julio de 2024

Señores
Regional de Aseguramiento en Salud No4
Cali-Valle

Yo _ANA MILENA REYES SANTACRUZ Identificado (a) con cédula de ciudadanía Nro. 1085250972 expedida en PASTO (NARIÑO) certifico que lo que los activos y recursos que conforman el patrimonio de la empresa o establecimiento de comercio (según corresponda) CIREN ABA SAS Nit. _900632798-5, así como el patrimonio de cada uno de los socios, que se destinaran para el desarrollo del proceso de MINIMA CUANTIA número **PN RASES4 MIC 143/2024,** que tiene por objeto **PRESTACION DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN A PACIENTES CON PATOLOGÍAS DE NEURODESARROLLO Y AQUELLOS CONSIDERADOS COMO TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA, DE ACUERDO A LO ESTIPULADO EN EL PROTOCOLO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA DEL MINISTERIO DE SALUD, PROCEDIMIENTOS CONTENIDOS EN EL ACUERDO NO. 002 DE ABRIL DE 2001, POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PLAN DE SERVICIOS DE SANIDAD MILITAR Y POLICIAL, Y LOS AUTORIZADOS POR TUTELA, PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO.**
Manifestación que se entiende prestada bajo la gravedad de juramento.

Atentamente;



Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: CIREN ABA SAS
Identificación (NIT X C.C ☐ C.E ☐): 900632798-5
Nombre Representante Legal: ANA MILENA REYES SANTACRUZ
Identificación (C.C X C.E. ☐) 1085250972
Dirección: CARRERA 29 N 19-45
Teléfono: **7364510**
Email: **cirenaba@hotmail.com**