Santa Marta,10 de Abril 2025

Señores:
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
E.S.D.

Asunto: Justificación de No Presentación de Soporte de Personal para Visitas Domiciliarias

Por medio de la presente, me permito comunicarle a usted en calidad de Representante legal de la COMPAÑÍA COLOMBIANA DE SALUD COLSALUD S.A, con el fin de justificar la no presentación del soporte de personal que realiza las visitas domiciliarias, en el marco del Proceso de Selección de Mínima Cuantía N°. MC-MGN-0010-2025 teniendo en cuenta que nuestro objeto social principal es: La prestación de servicios hospitalarios, médicos, quirúrgicos, de imágenes, farmacéuticos, radioterapia y todos aquellos que se relacionen directa o indirectamente con la salud, información verificable en el certificado de existencia y representación legal.

Cordialmente,

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: COMPAÑIA COLOMBIANA DE SALUD COLSALUD S.A
Identificación (NIT ■ C.C □ C.E □): 819002176-8
Nombre Representante Legal: BETHSY LUCILA FERNANDEZ DE PIZARRO
Identificación (C.C ■ C.E. □) 33.129.273
Dirección: CALLE 21 NRO. 18A - 103
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: gerencia@clinicamarcaribe.com