

“Crecer y trascender para alcanzar los objetivos”

San José de Cúcuta, 21 de noviembre de 2025

Señores,

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Ciudad

Asunto: Garantía y buen funcionamiento del equipo
No. de Proceso: EM-215 -2025

La suscrita, **MÓNICA VANESSA ÁLVAREZ**, persona que está suscribiendo la propuesta, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de representante legal de **HOSPICLINIC DE COLOMBIA S.A.S NIT 900309444-1**, obrando en mi propio nombre o en mi calidad de representante legal de Hospiclinic de Colombia S.A.S, manifiesto que garantizo el tiempo y el buen funcionamiento del equipo requerido para el servicio solicitado por la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

En constancia de lo anterior firmo este documento a los veintiún (21) días del mes de noviembre de 2025.

Atentamente,



MÓNICA VANESSA ÁLVAREZ

c.c. 60.449.441 de Cúcuta

R.L. HOSPICLINIC DE COLOMBIA

S.A.S. Nit 900309444-1

Dirección: Calle 4 No 11E – 128 Barrio Colsag

Teléfono: 5745739 – 5752050 – 3167406063

Correo electrónico: hospiclinic@yahoo.es