ANEXO

CAPACIDAD OPERATIVA

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N° 5
Ciudad.

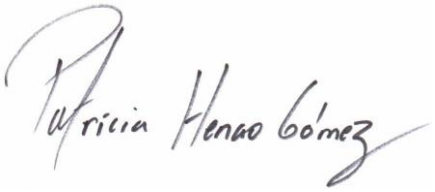
Yo **PATRICIA HENAO GÓMEZ,** Representante de la entidad **CLINICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA SAS,** certifico que la firma que represento, Cuenta con la infraestructura y recursos necesarios para cumplir el objeto del presente proceso que tiene por objeto PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUE COMPRENDEN CONSULTA POR LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGÍA, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS EN LAS ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES DE OFTALMOLOGÍA EN LOS NIVELES DE BAJA, MEDIA Y ALTA COMPLEJIDAD, INCLUIDOS EN EL ACUERDO N°002 (ABRIL 27 DE 2001), PARA SER PRESTADOS A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SSPN, EN EL DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER Y SU ÁREA METROPOLITANA

NOMBRE DEL PROPONENTE: CLÍNICA OFTALMOLOGICA PEÑARANDA S.A.S

NIT o C.C.: 807.002.152-8

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: PATRICIA HENAO GÓMEZ

C.C.: 31.468.933



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____

DIRECCIÓN: CALLE 17 # 0-88 LA PLAYA