San José de Cúcuta, 06 de julio de 2026

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Ciudad

Asunto: **Certificación de persona de contacto – Programa de Tecnovigilancia**

Yo, **MÓNICA VANESSA ÁLVAREZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. 60.449.441 expedida en Cúcuta, en calidad de Representante Legal de **HOSPICLINIC DE COLOMBIA S.A.S.**, me permito certificar que la persona designada como responsable y punto de contacto para el **Programa de Tecnovigilancia** de la compañía es:

- **Nombre:** Nelcy Marcela Prado Córdoba
- **Teléfono:** 311 515 8127
- **Teléfono corporativo:** 315 367 9556
- **Correo electrónico:** ortopedia@hospiclinic.co

Lo anterior en cumplimiento de los lineamientos establecidos para el adecuado seguimiento, reporte y gestión de eventos e incidentes asociados a dispositivos médicos, conforme a la normatividad vigente del INVIMA en materia de Tecnovigilancia.

La presente certificación se expide para los fines pertinentes dentro del proceso contratación directa No. 019-2026.

Cordialmente,

Firma: _____
MÓNICA VANESSA ÁLVAREZ
C.C. 60.449.441 de Cúcuta
Representante Legal