Ciudad Bogotá D.C,
Fecha 02/08/2023

Señores,
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Ciudad

Asunto: Declaración de no Inhabilidades e Incompatibilidades

Por medio de la presente certifico que ni el suscrito ni "POLIMEDIC´S FARMACEUTICA S.A.S, con NIT N° (800151064-0) nos encontramos incursos en ninguna inhabilidad e incompatibilidad de que trata la constitución y la ley para la celebración de contratos.

Cordialmente,



Firma: _____
Nombre del representante legal
Nancy Patricia Vargas Beltrán
Documento de Identidad
52.543.007