Bogotá D.C ,23 de julio de2024

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 **LABORATORIOS GOTHAPLAST LTDA**, con NIT N° **830.061.856-1** 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
NATALIA ORTEGA ZAMORANO
Documento de Identidad
CC.52.155.749 de Bogotá.