ANEXO No. 2 – INHABILIDADES

Bogotá D.C., 24 de julio de 2024.

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 **"DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD S.A.S. – DISCOLMETS S.A.S.- DISCOLMETS S.A.S.",** con NIT N° **828.002.423-5** nos encontramos incursos en ninguna inhabilidad e incompatibilidad de que trata la constitución y la ley para la celebración de contratos.

Cordialmente,

Firma: _____
ADDY FERNANDO CORTES CUBILLOS
Documento de Identidad: 7.727.146 de NEIVA -HUILA