CERTIFICADO DE I NHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y/O CONSULTAS

Fecha: San Francisco, Antioquia del mes de XXX dia XXX 2025

Señores:
ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS
E. S. E.

Yo TOMAS JOSE RIOS MUÑOZ, identificado con documento de identidad No. 8406869 de BELLO, en calidad de ***Representante Legal*** de la sociedad **IPS OPTICA LA PLAZUELA SAS,** manifiesto que:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para vincularme con las Entidades Estatales de conformidad con la Constitución Política de Colombia, la Ley 1474 de 2011, la Ley 2195 de 2022 y demás normas sobre la materia, así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas.

Declaro que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, ni mis socios, ni tampoco la sociedad que represento, y que, consultados los antecedentes disciplinarios, judiciales y el boletín de responsables fiscales, a la fecha no se registra ningún antecedente respecto de las personas aquí señaladas.

Dado en San Francisco, Antioquia., a los 22 días del mes de ABRIL de 2025.



Firma del representante legal _____

Documento de identidad 8.406.869

Dirección Cra 47 49 -69

Teléfono 3104170415

Correo electrónico ipsopticalaplazuela@gmail.com