CERTIFICADO DE I NHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y/O CONSULTAS

Fecha: San Francisco, Antioquia

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

Yo Juan Jose Pineda, identificado con documento de identidad No. 1037-653 672 de Envigado, en calidad de Representante Legal de la sociedad Distribuciones Meditienda, 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 16 días del mes de Marzo de 2026.

Firma del representante legal _____

Documento de identidad 1037 653 672

Dirección Cra 76 # 32-55 Ed. Ofix 76 Piso 5

Teléfono 316 624 77 51

Correo electrónico contacto@meditienda.com.co