Bogotá D.C, 09 de abril 2026

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. – POLIFARMA S.A.S**, con NIT N° 800.151.064-0 nos encontramos incursos en ninguna inhabilidad e incompatibilidad de que trata la constitución y la ley para la celebración de contratos.

Cordialmente,

Firma: _____
Álvaro de Jesús Galvis Barrios
Representante Legal (S)
C. C. No. 9.080.277 de Cartagena