Bogotá, 3 de Abril 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 INNOVID SAS, con NIT No. **901.347.556-1** nos encontramos incursos en ninguna inhabilidad e incompatibilidad de que trata la constitución y la ley para la celebración de contratos.

Cordialmente,



Nombre Del Oferente	**INNOVID SAS**
NIT:	**901.347.556-1**
Nombre Representante Legal	**WILLIAM ENRIQUE NIEVES CLAVIJO**
Documento De Identificación	**79.501.100**
Dirección	**Calle 49 No. 13-33 Of 1302.**
Teléfono	**601 791 0502 / 314 402 40 45**
Correo Electrónico	**gerencia@innovid.com.co**