DECLARACIÓN JURAMENTADA SOBRE INHABILIDADES
PARA SUSCRIBIR CONTRATO ESTATAL
PERSONERÍA JURÍDICA

Señores
SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA
E.S.D.

Asunto: **DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO.**

Yo, **PAOLA ANDREA ECHEVERRI GOMEZ**, en calidad de Representante Legal de la Empresa **E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCÓN**, Manifiesto bajo la gravedad del juramento que ni el suscrito ni la empresa que represento se encuentran incursos en causal de Inhabilidad, Incompatibilidad, prohibición o conflicto de interés de acuerdo a las disposiciones establecidas en la Constitución y la Ley para contratar con esta Entidad.

Dada a los nueve (09) días del mes de diciembre de 2024.

En constancia de lo anterior me suscribo atentamente,

Firma: _____
PAOLA ANDREA ECHEVERRI GOMEZ
Número de identificación: 38.879.063 de Buga

ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCÓN
NIT 860.024.026-5
CARRERA 6 N° 9 – 40 Sur, Nemocón Cundinamarca
Teléfonos: 301 252 4189 – 315 828 23 78
E mail asistente.administrativo@hospitaldenemocon.gov.co

Scanned with CamScanner