ANEXO 4 - CERTIFICADO NO INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Municipio de SANTANDER DE QUILICHAO Cauca, ___ de _____ del 2025

Señores:

MUNICIPIO DE SANTANDER DE QUILICHAO

ASUNTO: *Declaración de no inhabilidades e incompatibilidades.*

Por medio de la presente certifico que ni el suscrito ni "(nombre de la fundación o asociación _____)", entidad que represento, se hallan incursos en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley 80 de 1993, en el decreto 128 de 1976 y la ley 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia, para contratar con LA ALCALDIA MUNICIPAL DE SANTANDER DE QUILICHAO

Cordialmente,

_____
Nombre y apellido:
CC.
Representante Legal ESAL