Bogotá, 19 de septiembre de 2025

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 **RAFAEL ANTONIO SALAMANCA**, con NIT N° **17.068.260-3** nos encontramos incursos en ninguna inhabilidad e incompatibilidad de que trata la constitución y la ley para la celebración de contratos.

Cordialmente,

Firma: _____
RAFAEL ANTONIO SALAMANCA
17.068.260