DECLARACIÓN INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES, PROHIBICIONES Y CONFLICTO DE INTERESES

Señores

Departamento de Antioquia –

Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional – MANA

Calle 42B No. 52-106 La Alpujarra Medellín

Sótano externo – oficina 108

Medellín

Asunto: **CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**

El suscrito declara que:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con las Leyes: 80 de 1993, 1150 de 2007, 1474 de 2011, 2013 de 2019 y demás normas sobre la materia.

Así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en los artículos 26 numeral 7o. y 52 y los efectos legales consagrados en el Artículo 44 numeral. 1o. del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. Declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidad, incompatibilidad o prohibición, ni mis socios, ni tampoco la sociedad que represento, así mismo certifico la inexistencia de conflicto de interés.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los 16 días del mes de marzo de 2026.

Julian Felipe Pineda Velásquez
Gerente ESE HMFS
1037570180

Nota: En el caso de las modalidades asociativas, como consorcios o uniones temporales, entre otras, esta declaración se debe realizar en la propuesta por cada uno de sus integrantes

Sede Autopista: calle 44 N° 49B - 90 Bello, Antioquia
Sede Niquía: avenida 42 N° 59 - 06 Bello, Antioquia
Conmutador: (57) (4) 4549000 | Línea gratuita: 01 8000 517 347
gerencia@hmfs.gov.co - NIT: 890.985.703-5
www.hmfs.gov.co | Hospital Marco Fidel Suárez