Bogotá D.C., 13 de junio de 2026

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 MARIA OLIVA ALARCON DE PEREZ, con NIT N° 41.697.212-5 nos encontramos incursos en ninguna inhabilidad e incompatibilidad de que trata la constitución y la ley para la celebración de contratos.

Cordialmente,



Firma: _____
MARIA OLIVA ALARCON DE PEREZ
41.697.212