CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y/O CONSULTAS

Fecha:

octubre 15 de 2026

Señores:
Municipio de Sabaneta, Antioquia

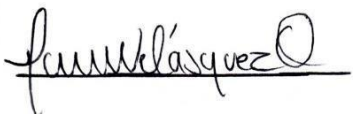
Yo **Diana Patricia Velásquez Otalvaro** identificada con documento de identidad **No 1020408391** en calidad de representante legal de la I.P.S Integral Salud Antioquia, manifiesto que:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para vincularme con las Entidades Estatales de conformidad con la Constitución Política de Colombia, la Ley 1474 de 2011, la Ley 2195 de 2022 y demás normas sobre la materia, así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas.

Declaro que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, ni mis socios, ni tampoco la sociedad que represento, y que, consultados los antecedentes disciplinarios, judiciales y el boletín de responsables fiscales, a la fecha no se registra ningún antecedente respecto de las personas aquí señaladas.

Dado en Sabaneta Antioquia, a los 15 días del mes de octubre del año 2026.

Firma:



DIANA PATRICIA VELASQUEZ OTALVARO

Representante legal I.P.S Integral Salud Antioquia