

Señores

Unisalud – Unidad de Servicios de Salud Sede Bogotá

Universidad Nacional de Colombia

ASUNTO: INHABILIDADES LEY 1918 DE 2018 REGLAMENTADA POR EL DECRETO 753 DE 2019

Me permito manifestar que el suscrito y los demás integrantes que hacen parte de la persona jurídica _____ identificada con NIT. N° _____, **NO nos encontramos en ninguna causal de Inhabilidad** incluida o derivada de la Ley 1918 de 2018 “Por medio de la cual se establece el Régimen de Inhabilidades a quienes hayan sido condenados por Delitos Sexuales cometidos contra Menores, se crea el Registro de Inhabilidades y se dictan otras disposiciones.”, Reglamentada por el Decreto 753 de 2019, y a las demás normas que lo adicionen, modifiquen o deroguen.

Dada en la ciudad de _____, el día _____ del mes de _____ de 20____.

Firma Representante Legal _____

Nombre Representante Legal _____

Cédula No. _____ **Fecha de expedición** ____ / ____ / ____

Expedida en _____