

**MEMORIAL DE RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL  
DISEÑO ARQUITECTONICO**

Neiva, febrero de 2021

Señores:

**ALCALDÍA MUNICIPAL LA PLATA - HUILA**

Ciudad

**NOMBRE** : **DIEGO FERNANDO POLANIA LISCANO**  
**CEDULA DE CIUDADANÍA No.** : **12.131.436 de Neiva**  
**MATRICULA PROFESIONAL No.** : **17700-36812CLD**  
**CELULAR No.** : **317 4045050**  
**CORREO ELECTRONICO** : **difepol@yahoo.es**

Yo, : **DIEGO FERNANDO POLANIA LISCANO**, profesional en el área de : **ARQUITECTURA** con matrícula profesional No: **17700-36812CLD**, debidamente registrado en el **COPNIA**, certifico que seré el responsable del DISEÑO ARQUITECTONICO para el proyecto: **A TODO COSTO CONSTRUCCIÓN CENTRAL DE AIRE Y VACÍO MEDICINAL DE LA ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA LA PLATA – HUILA**, localizada en la Carrera 2E #11-17 Avenida Libertadores Salida Neiva, del municipio de La Plata – Huila, de propiedad de la **ESE HOSPITAL DEPARTAMNTAL SAN ANTONIO DE PADUA**, identificado con Nit No. 891.180.117-7, Declaro y que asumo la responsabilidad por los perjuicios que causa el presente DISEÑO ARQUITECTONICO, exonerando al municipio de La Plata, a la Secretaria de Planeación y obras públicas del municipio, de toda responsabilidad.

Atentamente,

**NOMBRE** : **DIEGO FERNANDO POLANIA LISCANO**  
**CEDULA DE CIUDADANÍA No.** : **12.131.436 de Neiva**  
**MATRICULA PROFESIONAL No.** : **17700-36812CLD**