

**MEMORIAL DE RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL
DISEÑO GASES MEDICINALES**

Neiva, febrero de 2021

Señores:

ALCALDÍA MUNICIPAL LA PLATA - HUILA

Ciudad

NOMBRE : **CARLOS EDUARDO CASTAÑEDA JEREZ**
CEDULA DE CIUDADANÍA No. : **79.469.114 de Bogotá**
CERTIFICADO No. : **12436238**
CELULAR No. : **3207740923 - 3158345654**
CORREO ELECTRONICO : **proycadltda@yahoo.com**

Yo, : **CARLOS EDUARDO CASTAÑEDA JEREZ** profesional en el área de : **LICENCIADO ELECTROMECHANICO** con certificado No: **12436238**, certifico que seré el responsable del DISEÑO DE GASES MEDICINALES para el proyecto: **A TODO COSTO CONSTRUCCIÓN UCI POLIVALENTE PARA PACIENTES ADULTOS 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 DE GASES MEDICINALES, exonerando al municipio de La Plata, a la Secretaria de Planeación y obras públicas del municipio, de toda responsabilidad.

Atentamente,

NOMBRE : **CARLOS EDUARDO CASTAÑEDA JEREZ**
CEDULA DE CIUDADANÍA No. : **79.469.114 de Bogotá**
CERTIFICADO No. : **12436238**