

**ANEXO #2
DECLARACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**

_____ (Ciudad), _____ (fecha)

**SEÑORES
CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S
Bogotá D.C.**

ASUNTO: Declaración de Inexistencia de Inhabilidades e Incompatibilidades.

Yo, _____, con domicilio principal en _____, actuando en calidad de (Contador Público) o (Representante legal), (diligencia solo si es persona natural) identificado con la C.C No. _____ expedida en _____ y portador de la T.P No. _____, y con certificado expedido por la Junta Central de Contadores de fecha _____. (diligencie solo si actúa en calidad de representante legal de la empresa) _____, con NIT: _____, por medio de la presente escrito declaro bajo la gravedad de juramento, que, no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad y conflicto de intereses contempladas en la Constitución Política de Colombia, la Ley, Estatutos Sociales, Código de Conducta y Buen Gobierno Corporativo de Capital Salud EPS-S S.A.S., y las descritas en los numerales 1, 2 y 3 del artículo 205 del Código del Comercio y el artículo 48,50 y 51 de la Ley 43 de 1990.

Declaro que en evento de que sobrevenga una inhabilidad o incompatibilidad en el curso de la invitación me comprometo a comunicarla oportunamente a Capital Salud EPS-S S.A.S., y desistir de la propuesta.

Atentamente,

Firma Del Interesado:

Calidad en la que se presenta (principal o suplente):

Nombre y apellidos completos del interesado o del representante legal según corresponda:

Nombre o Razón Social del interesado si aplica:

Documento de identidad o Número de Identificación tributaria:

Dirección de domicilio principal:

Ciudad de domicilio principal:

(NOTA: En caso de personas naturales esta carta debe estar firmada por el proponente; en caso de personas jurídicas, deberá estar firmada por el representante debidamente facultado).