**ANEXO #2**

**DECLARACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**

**PERSONA JURIDICA**

Ciudad y Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SEÑORES**

**CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S**

**Bogotá D.C.**

**Ref:** INVITACIÓN A PRESENTAR PROPUESTA A CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.

**Asunto:** DECLARACIÓN DE INEXISTENCIA DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio principal en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con la C.C No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y la tarjera profesional de contador público No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, actuando en calidad de representante legal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sociedad con domicilio en la ciudad/municipio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificada con el NIT No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, acreditada para ejercer actividades de contabilidad y revisoría fiscal según autorización \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por medio del presente escrito **declaro bajo la gravedad de juramento**, que, ni yo, ni la sociedad que represento ni los colaboradores, trabajadores, contratistas ni contadores que prestan sus servicios a la sociedad nos encontramos incursos en causales de inhabilidad o incompatibilidad y/o 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 el evento 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

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_