

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 tarjeta 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 incurso 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: _____