Anexo No. 9
AUSENCIA DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

SUBASTA INVERSA SASI-APC-022 DE 2019

Yo, _____, identificado con el documento de identidad No. _____ expedido en _____, obrando en nombre propio y/o representación legal de _____ con NIT _____, de manera voluntaria certifico que ni el suscrito ni "NOMBRE DE LA ENTIDAD PROPONENTE", entidad que represento, se hallan incursos en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en el artículo 127 de la Constitución Política de Colombia, en los artículos 8º y 9º de la Ley 80 de 1993, artículo 18 de la Ley 1150 de 2007, artículo 2.2.1.1.2.2.5 del Decreto 1082 de 2015 y en las demás normas que las aclaren, modifiquen o deroguen.

En constancia de haber leído y acatado lo anterior firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ de _____ en la ciudad de _____.

Firma representante legal del Oferente _____

Nombre:
Cargo:

Documento de Identidad:

Nombre del Representante Legal:	
C.C. o NIT.	
Dirección	
Teléfono:	