**FORMATO 4**

**CERTIFICACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN PROHIBICIONES, INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES PARA CONTRATAR CON EL ESTADO**

Quibdó, xxxxx de xxx de 2024

**Señores:**
**SECRETARIA DE SALUD-GOBERNACIÓN DEL CHOCO**
Quibdó - Chocó

**SELECCIÓN ABREVIADA No. XXXXXXXXXXXXXX CUYO OBJETO**

El suscrito, XXXXXXXXX identificado con cédula de ciudadanía No. XXXXXXXX en calidad de Representante Legal de la XXXXXXXXXXX con NIT XXXXXXXXX, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que no nos encontramos incurso en las prohibiciones, inhabilidades e incompatibilidades para celebrar contratos con el Estado, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 8 de Ley 80 de 1993 y que adicionalmente no hemos sido declarados responsables judicialmente por la comisión de delitos de peculado, concusión, cohecho, prevaricato en todas sus modalidades y soborno transnacional, así como sus equivalentes en otras jurisdicciones, de conformidad con los dispuesto en el Artículo 18 de la Ley 1150 de 2007 literal j), y las demás disposiciones constitucionales y legales vigentes aplicables.

Atentamente,

_____
**XXXXXXXXXXXXXXX**
C.C. No. XXXXXXXXX
Representante Legal de XXXXXXXXX
NIT No. XXXXXXXXXXX
Celular: XXXXXXXXXXX
Dirección: XXXXXXXXXXXX
Ciudad: XXXXXXXX

**Nota:** Para caso de figuras asociativas, el certificado debe ser aportado por cada uno de los representantes legales de las empresas integrantes