FORMATO No. 6
CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Señores
MUNICIPIO DE GALAPA
Calle 13 N° 17 - 117
Galapa (Atlántico)

REFERENCIA: Proceso de Selección No. LP-001-2026
OBJETO: "**CONTRATAR LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR - PAE - DIRIGIDA A LA POBLACIÓN ESTUDIANTIL DEL MUNICIPIO DE GALAPA DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS VIGENTES, DISPUESTOS POR EL MEN**".

El suscrito declara que:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia, así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en numeral 7° del artículo 26 y artículo 52 y los efectos legales consagrados en el numeral 1° del artículo 44 del Estatuto Contractual.

Declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, ni mis socios, ni tampoco la sociedad que represento.

Atentamente,

Nombre del Proponente _____
Nombre del Representante Legal _____
C. C. No. _____ de _____
Dirección de correo _____
Correo electrónico _____
Ciudad _____

_____
[Firma del Proponente o de su Representante Legal]