# ANEXO N° 5. AUSENCIA DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

*Ciudad, (día, mes y año)*

*Señores*

***AGENCIA PRESIDENCIAL DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL, APC COLOMBIA***

***Asunto: Proyecto Perú 2024* A-gente de Cambio Promoción de la salud mental de adolescentes**

*OBJETO: Contratación de entidad que provea los servicios, bienes y logística, y la elaboración de contenidos y metodología para la gestión, ejecución, evaluación y sistematización del proyecto.*

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con el documento de identidad (pasaporte) No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedido en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, obrando en nombre propio y/o representación legal de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con NIT (o número de identificación) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de manera voluntaria certifico que ni el suscrito ni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ “NOMBRE DEL PROPONENTE”, entidad que represento, se hallan incursos en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en las leyes.

|  |  |
| --- | --- |
| *Nombre de la empresa:* |  |
| *N.I.T. o RUC* |  |
| *Nombre del Representante Legal* |  |
| *DNI* |  |
| *Dirección* |  |
| *Teléfono:* |  |
| *FAX:* |  |
| *E.MAIL:*  |  |

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante Legal