

FORMATO No. 7- FORMATO DE DECLARACIÓN JURAMENTADA INEXISTENCIA CONFLICTO DE INTERÉS

Señores

PATRIMONIO AUTONOMO FONECA

FIDUPREVISORA S.A.

Teléfonos:

5945111


Calle 72 No.10- 03

La abajo firmante, actuando en nombre y representación de CONSORCIO AUDISALUD FONECA 2024, integrado por las firmas SARGI SAS con NIT. No. 901.503.375-4 y CARE SOLUTIONS COLOMBIA SAS con NIT 900.057.739-4, para la presentación de la propuesta y/o suscripción del contrato dentro del proceso de Invitación Abierta para CONTRATAR LOS SERVICIOS DE UNA PERSONA JURIDICA PARA LA INTERVENTORÍA ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, JURÍDICA, TÉCNICA Y CONTABLE, INCLUYENDO LA AUDITORÍA INTEGRAL DE CUENTAS MÉDICAS A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CONTRATADA POR EL PATRIMONIO AUTÓNOMO FONECA, Manifiesto (amos) bajo la gravedad del juramento que **ni yo, ni ninguno de los integrantes de la figura asociativa (consorcio/unión temporal) o de la persona jurídica que represento, nos encontramos incursos**, en algún conflicto de interés, en especial los enunciados a continuación:

1. No nos encontramos incursos en ninguna de las causales previstas en la Ley 1952 de 2019, artículo 10 de la Ley 1437 de 2011 y demás normas concordantes que las deroguen o modifiquen.
2. No hemos participado en la estructuración, evaluación, financiación, viabilidad y aprobación de los términos de referencia y/o en la evaluación y selección del presente proceso de contratación.
3. No tenemos ningún tipo de intereses antagónicos que pudieran afectar la transparencia de las decisiones en el ejercicio del presente proceso y/o el contrato a suscribirse y llevarlo a adoptar determinaciones de aprovechamiento personal, familiar o particular.
4. No hemos presentado propuesta en el proceso de selección de la de la interventoría y de la gerencia del (los) proyecto(s) que serán objeto de este ejecutor. El mismo conflicto de interés aplica para los beneficiarios reales de las mismas personas.

Atentamente,

Firmas:



NANCY EZQUEDA BENITO REVOLLO

Representante Legal Principal

CONSORCIO AUDISALUD FONECA 2024

Suscribirán el documento el **proponente individual** o todos los integrantes del **proponente plural**. Las personas jurídicas lo harán a través de los representantes legales acreditados dentro de los documentos de existencia y representación legal y/o poderes conferidos y allegados a la presente Convocatoria.