



**Declaratoria de inhabilidades, incompatibilidades y conflictos de interés para contratar con COMFENALCO ANTIOQUIA  
Decreto Ley 2463 de 1981 y Ley 789 de 2002**

Proceso: Gestión Administrativa  
Código: GAD-FM-73  
Versión: 2  
Fecha: Marzo de 2020

**Fecha de diligenciamiento**

DD

MM

AAAA

**1 Alcance**

La declaratoria de inhabilidades, incompatibilidades y conflictos de interés es obligatoria para toda persona natural o jurídica que tenga la intención de celebrar cualquier tipo de acuerdo contractual con la CCF Comfenalco Antioquia.

La persona que firma esta declaratoria a nombre propio o en la calidad de representante legal de una persona jurídica, entiende que es responsable de la veracidad y exactitud de información suministrada para dar pleno cumplimiento a lo consagrado en los Decreto Ley 2463 de 1981 y la Ley 789 de 2002.

**2 Identificación**

Nombre o Razón Social:

Cédula o Nit:

**3 Declaración**

**3.1** Declaro bajo mi responsabilidad que no tengo la calidad de empleado, miembro del Consejo Directivo, Director, Revisor Fiscal o funcionario de Asociaciones de Cajas, ni he desempeñado ninguno de estos cargos en el año inmediatamente anterior a la fecha de firma de este documento.

**3.2** Declaro bajo mi responsabilidad que tampoco actué en nombre de ninguna de las personas mencionadas en el numeral 3.1 de este documento.

**3.3** Declaro bajo mi responsabilidad que con los empleados, miembros del Consejo Directivo, Director, Revisor Fiscal o funcionarios de Asociaciones de Cajas, o con cualquier persona que ostentó estos cargos en el año inmediatamente anterior a la fecha de firma de este documento, no poseo ninguno de los siguientes vínculos: cónyuge, hijo, nieto, padre, abuelo, hermano, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo, padre o madre adoptante.

**3.4** Declaro bajo mi responsabilidad que ni mi cónyuge ni yo tenemos asociación profesional, comunidad de oficina, sociedad de personas o limitada, o más del 40% de capital social en sociedad anónima o comanditaria con los empleados, miembros del Consejo Directivo, Director, Revisor Fiscal o funcionarios de Asociaciones de Cajas, o con cualquier persona que ostentó estos cargos en el año inmediatamente anterior a la fecha de firma de este documento.

**3.5** Declaro bajo mi responsabilidad que conozco las causales de inhabilidad, incompatibilidad y conflicto de interés consagradas en el Decreto Ley 2463 de 1981 y Ley 789 de 2002, y que en caso de presentarse alguna de estas causales durante la formalización o ejecución del contrato, notificaré inmediatamente al Departamento de Gestión Jurídica de la CCF COMFENALCO ANTIOQUIA.

**3.6** Declaro bajo mi responsabilidad que no tengo familiares vinculados a la Caja hasta el cuarto grado de consanguinidad (padres, hijos, hermanos, tíos, sobrinos y primos, entre otros), segundo grado de afinidad (suegros, hijos o hermanos del cónyuge o del compañero permanente) y primero civil (padres adoptantes e hijos adoptivos).

**3.7** Declaro bajo mi responsabilidad que no tengo cónyuge, compañero (a) permanente o con quien tenga hijos en común vinculado a la Caja.

**4 Firmas**

Firma Persona Natural / Representante Legal

Nombre Responsable de la Gestión en COMFENALCO ANTIOQUIA