	REGIMEN DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y CONFLICTOS DE INTERESES	VERSION: 02	CODIGO: F- EPSS-114
	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO COMFAORIENTE	Fecha de Aprobación: 10/09/2022	
	EPS-S	Página 1 de 1	

Régimen de inhabilidades, incompatibilidades y Conflictos de intereses, para contratar con la Caja de Compensación del Oriente Colombiano COMFAORIENTE (Decreto Ley 2463 de 1981 y Ley 789 de 2002 Art. 23).

NIT o CÉDULA: _____

NOMBRE o RAZON SOCIAL: _____

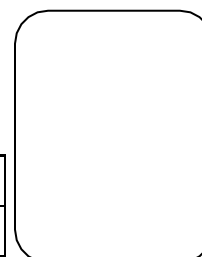
Declaro bajo mi responsabilidad

1. Que no tengo la calidad de funcionario, miembro del Consejo Directivo, Director Administrativo, Revisor Fiscal de COMFAORIENTE o funcionario de Asociaciones de Cajas, ni he desempeñado alguno de estos cargos en el año inmediatamente anterior a la firma de este documento. Que tampoco actué en nombre de las personas mencionadas.
2. Que con funcionarios, miembros del Consejo Directivo, Director Administrativo, Revisor Fiscal de COMFAORIENTE o funcionarios de Asociaciones de Cajas, o personas que ostentaron estos cargos durante el año anterior a la firma de este documento, no poseo ninguno de los siguientes vínculos: cónyuge, hijo, padre, abuelo, nieto, hermano, suegro, nuera, o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante.
3. Que con funcionarios, miembros del Consejo Directivo, Director Administrativo, Revisor Fiscal de COMFAORIENTE o funcionarios de Asociaciones de Cajas, o personas que ostentaron estos cargos durante el año anterior a la firma de este documento, no tengo asociación profesional, comunidad de oficina o sociedad de personas o limitada.
4. En nombre de la sociedad de personas, limitada o de hecho que represento, manifiesto que ningún funcionario, miembro del Consejo Directivo, Director Administrativo, Revisor Fiscal de COMFAORIENTE o funcionarios de Asociaciones de Cajas, o el cónyuge de las personas indicadas, hacen o hicieron parte de esta sociedad, en calidad de socios, durante el año anterior a la firma de este documento.
5. En nombre de la sociedad anónima o comandita, por acciones que represento, manifiesto que ningún funcionario, miembros del Consejo Directivo, Director Administrativo, Revisor Fiscal de COMFAORIENTE o funcionarios de Asociaciones de Cajas, ni el cónyuge de las personas indicadas, de manera conjunta o separadamente, tienen o han tenido durante el año anterior a la firma de este documento, más de cuarenta por ciento (40%) del capital social de la respectiva sociedad.
6. Que en caso de existir un vínculo de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, primero de afinidad y único civil (padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante) en mi calidad de contratista persona natural o de alguno de los socios o asociados de la persona jurídica que represento, con el Director Administrativo, algún miembro del Consejo Directivo o administrador, de COMFAORIENTE, me comprometo a informarlo a fin de que ésta, de aplicación a las medidas definidas por el artículo 23 de la Ley 789 de 2002 en caso de existir conflicto de interés.

En el evento de presentarse vínculos de parentesco que den lugar a inhabilidades, incompatibilidades y conflictos de interés a la vez, dicha situación será tenida como una causal de inhabilidad e incompatibilidad y se dará aplicación a las normas que rigen esta última, por ser una figura de mayor entidad que el conflicto de interés.

Firma del representante legal
o persona natural: _____

NOMBRES	
APELLIDOS	



Índice derecho