



**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO  
SISTEMA DE GESTIÓN  
FORMATO PARA INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**

**Código**  
PGR-SGC-F-2

**Versión**  
2

**Fecha de Aprobación**  
17/11/2022

**RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES PARA  
CONTRATACIÓN CON COMFAMILIAR DE NARIÑO  
(DECRETO LEY 2463 DE 1981 Y ARTICULO 23 LEY 789 DE 2002)**

**FECHA ELABORACIÓN**

DIA	MES	AÑO

<b>NOMBRE/RAZÓN SOCIAL</b>			
<b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>	NIT <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/>	<b>No.</b>	
<b>SERVICIO O NEGOCIACIÓN QUE OFRECE A COMFAMILIAR DE NARIÑO</b>	_____ _____ _____ _____		

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD**

<b>COMO PERSONA JURÍDICA</b> <input type="checkbox"/>	<b>COMO PERSONA NATURAL</b> <input type="checkbox"/>
1. Que ningún funcionario de COMFAMILIAR DE NARIÑO, miembro del Consejo Directivo, Director, Revisor Fiscal, ni sus cónyuges forman parte de la sociedad arriba mencionada.	1. Que no tengo con miembros del Consejo Directivo, el Director y el Revisor Fiscal de COMFAMILIAR DE NARIÑO, ningún vinculo dentro del cuarto grado de consanguinidad, primero y segundo de afinidad o primero civil.
2. Tampoco hacen parte de la sociedad personas que desempeñaron dichos cargos durante el año anterior en estas entidades.	2. Tampoco existen los vínculos con quienes desempeñaron dichos cargos durante el año anterior y no se encuentran actualmente vinculados a estas.
3. Ninguno de los socios posee con miembros del Consejo Directivo, el Director y el Revisor Fiscal de COMFAMILIAR DE NARIÑO, vínculos matrimoniales, ni de parentesco dentro del cuarto grado de consanguinidad, primero y segundo de afinidad o primero civil.	3. No poseo con ninguna de las personas enunciadas en el numeral 1, comunidad de oficina o sociedad de persona o limitada.

<b>FIRMA REPRESENTANTE LEGAL</b>	<b>FIRMA PERSONA NATURAL</b>