	MACROPROCESO: GESTIÓN DE APOYO	
	PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL	
	PROCEDIMIENTO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	
	DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERES PARA CONTRATISTAS	Código: GCO.FT.014 Versión: 01 Fecha: 20 de enero de 2025

Gobernación del Chocó

Nota: Con el fin de mantener los más altos estándares de integridad, enmarcados dentro del Código de Integridad de la Gobernación del Chocó, en esta declaración se consigna la información relativa a los intereses de los contratistas que haya suscrito contrato con la Entidad.

Yo **MARISOL VALENCIA MURILLO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.010.040.690 en mi calidad de: Asesor _____ Supervisor de Contrato _____ Interventor _____ Contratista___X__; Vinculado a la secretaria de Salud de la Gobernación del Chocó.

Manifiesto que no me encuentro inmerso en conflicto de interés, teniendo en cuenta que me interesa apoyar la acción de la Gobernación del Chocó, para fortalecer la transparencia enmarcada en la política de integridad de la entidad suscribiendo el presente documento:

Marque con una X:

x Manifiesto que conozco el Código Disciplinario.
x Manifiesto que conozco las inhabilidades e incompatibilidades en mi calidad de contratista.
x Manifiesto que conozco el Código de Integridad de la Entidad
x Manifiesto que no tengo intereses financieros y de otro tipo relacionados con las labores asignadas en mi calidad de contratista.

Declaro mis intereses a continuación:

1. Las siguientes son las sociedades, empresas, negocios y organizaciones sin ánimo de lucro de las cuales soy dueño, socio, representante legal, o de los cuales he sido en los últimos 5 años:

Empresa o Negocio	Tipo de Participación	Fechas

2. Las siguientes son las sociedades, empresas, negocios y organizaciones sin ánimo de lucro de las cuales soy directivo o empleado, o de los cuales he sido en los últimos 5 años:

Empresa o Negocio	Tipo de Participación	Fechas
Secretaria de salud	Empleada-Trabajadora social	26/09/2024

3. Las siguientes son las sociedades, empresas, negocios y organizaciones sin ánimo de lucro con las cuales tengo un compromiso vigente de confidencialidad:

Empresa o Negocio	Tipo de Participación	Fechas
Secretaria de salud	Empleada	28-05-2025

4. Grados de consanguinidad (aplica en caso de que un familiar cercano esté vinculado con la entidad).

Secretaría u Oficina	Nombre Completo	Grado de Consanguinidad

5. Describa a continuación otros tipos de situaciones (aquellas relaciones que no sean familiares o de consanguinidad) que puedan generar un potencial conflicto de interés.

Ninguna

Consecuencias del incumplimiento: Asumo, a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en la Ley en caso de no declararse un conflicto de interés que se haya presentado.

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento en Quibdó, a los 28 días del mes de mayo del año 2025.

Nombres y apellidos: **MARISOL VALENCIA MURILLO**
Dependencia: Salud mental
Firma: Marisol Valencia Murillo