CERTIFICADO DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y CONFLICTO DE INTERESES

Yo, **NELSON GIOVANNY AVENDAÑO ZAMBRANO**, identificado con cédula de ciudadanía No. 7.318.116 de Chiquinquirá, mayor de edad, representante legal de la JUNTA DE DEFENSA CIVIL DE CHIQUINQUIRÁ y con ocasión del contrato de prestación de servicios, que suscribiré con el *MUNICIPIO DE CHIQUINQUIRÁ* , declaro bajo la gravedad de juramento que conozco las causales de inhabilidad, incompatibilidad así como las situaciones que pueden estar directamente asociadas con el conflicto de intereses para contratar con el Estado, las cuales se encuentran descritas en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, artículo 18 de la Ley 1150 de 2007, artículo 90 de la Ley 1474 de 2011 modificado por el artículo 43 de la Ley 1955 de 2019, artículo 31 de la Ley 1778 de 2016, y demás normas que complementen, modifiquen o adicionen las causales anteriormente referidas.

Así mismo, manifiesto que conozco las implicaciones jurídicas y contractuales contenidas en el numeral 7° del artículo 26 y el numeral 1° del artículo 44 de la Ley 80 de 1993, que conllevaría la violación al régimen de inhabilidades e incompatibilidades, así como las situaciones relacionadas con la materialización del conflicto de intereses.

En consecuencia, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en ninguna causal de inhabilidad, incompatibilidad o situación de conflicto de interés, que me impida suscribir contrato con el *MUNICIPIO DE CHIQUINQUIRÁ*.

Finalmente, manifiesto que no conozco ningún hecho irregular que comprometa la transparencia del contrato por suscribir y que, en caso de llegar a presentarse una inhabilidad, incompatibilidad o situación de conflicto de intereses sobreviniente, lo pondré en conocimiento del supervisor y del ordenador del gasto, respectivamente.

Dado en la ciudad de Chiquinquirá a los veinte (20) días del mes de enero de 2026

Nelson Giovanny Avendaño Z.

NELSON GIOVANNY AVENDAÑO ZAMBRANO
7.318.116 de Chiquinquirá

Retención documental							
Elaborado por:		Revisado por:			Aprobado por:		
Nombre	Firma	Nombre		Firma	Nombre		Firma
HENRY DELGADILLO MURCIA		LINNA NATALY CABRA COY			LINNA NATALY CABRA COY		
Nombre del documento						Versión	
Dependencia		TRD			Consecutivo		
Proceso:			Procedimiento:				
Dimensión:			Política:				