FISCALIA
GENERAL DE LA NACION

NUMERO DE PROCESO FGN-RNOCC-CD-0008-2026

ANEXO No. 11

DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS

(En caso de uniones temporales o consorcios cada uno de sus integrantes lo debe presentar).

DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS Yo, **DORIS ESTHER BENAVIDES TIRADO**, identificado con el documento de identidad No. **64.865.722**, expedido en **Sincé, Sucre**, obrando en nombre propio y/o representación legal de **LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SUCRE - COMFASUCRE** con NIT **892200015-5**, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración en cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa No.029 de 2014 expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia, en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), el Decreto 2555 de 2010, Ley 190 de 1995, Ley 1474 De 2011 "Estatuto Anticorrupción" y demás normas legales concordantes. 1. Los recursos que manejo o mis recursos propios provienen de las siguientes fuentes

Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar provienen principalmente de aportes parafiscales obligatorios, equivalentes al 4% del total de la nómina mensual, pagados por los empleadores sobre el ingreso base de cotización de sus trabajadores. Estos fondos son de naturaleza pública/parafiscal, destinados a financiar el subsidio familiar y servicios sociales. 2. Si posee ingresos adicionales, especifique su Origen:

Ingresos obtenidos por la prestación de servicios propios de la caja (recreación, educación, hotelería), los cuales suelen ofrecerse a precios preferenciales para afiliados. 3. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. 4. No admitiré que terceros efectúen depósitos a nombre mío, con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. En constancia de haber leído y acatado lo anterior firmo el presente documento a los veintidós (22) días del mes de enero de 2026 en la ciudad de Sincelejo

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE
Dirección: Calle 28 #25B 50
Ciudad: Sincelejo
Teléfono: 2799500 fax:
Correo electrónico: Dirección.administrativa@comfasucre.com.co
Nit: 892.200.015-5

Director Administrativo
Comfasucre de todos

Firma del representante legal y cédula de ciudadanía:
DORIS ESTHER BENAVIDES TIRADO
CC 64.865.722
: