FORMATO 9 – ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS			
No. proceso	PN DECAS MIC 008 2026	**Página**	1 de 1

Bogotá, 27 de marzo de 2026

Señores:
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE

Yopal, Casanare

Yo, JUAN DIEGO LOPEZ GOMEZ Identificado con cédula de ciudadanía No.11.447.000 expedida en FACATATIVA obrando en nombre propio y/o de la persona jurídica que represento, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a la a DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE, con el propósito de dar cumplimiento a las disposiciones legales:

- ✓ Que los recursos con que realizaré la ejecución del contrato cuyo objeto será el "**MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO A TODO COSTO DE LOS EQUIPOS DE AIRE ACONDICIONADOS DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE", Y LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CASANARE**" no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en la legislación colombiana, y que sus fuentes son las siguientes:
  - Salario _____
  - Honorarios ____X_____
  - Crédito _____
  - Ahorros _____
  - Otros (describa) _____
- ✓ Que autorizo que a la DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE se abstenga de perfeccionar el negocio jurídico que pretendo celebrar, en el caso de infracción a cualquier de los numerales contenidos en este documento eximiendo a dicha entidad, a sus asesores o subcontratistas, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa e inexacta que yo hubiere proporcionado en este Documento o de la violación del mismo.

- ✓ Bajo la gravedad de juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación jurídica con la DEPARTAMENTO DE POLICÍA CASANARE.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo la presente Declaración.



_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: INELMED DE COLOMBIA S.A.S
Identificación (NIT X☐ C.C ☐ C.E ☐): 900064651-4
Nombre Representante Legal: JUAN DIEGO LOPEZ GOMEZ
Identificación (C.C X☐ C.E. ☐) 11.447.000
Dirección: CALLE 1H 29 73
Teléfono: **3112943136**

Email: **comercial@inelmed.com.co**