HOSPITAL San Juan de Dios Ituango NIT:890980840-3	**FORMATO DE DECLARACIÓN DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES Y CONFLICTO DE INTERESES**	

Ituango, 29-09-2026

Yo, Jimena Adarve Usuga, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1037779098 expedida en Medellín, actuando en nombre propio, declaro bajo la gravedad de juramento que:

PRIMERO: No me encuentro incurso(a) en ninguna causal de inhabilidad, incompatibilidad, prohibición o conflicto de intereses para contratar con entidades estatales, de conformidad con lo establecido en:

- La Constitución Política de Colombia.
- Los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993.
- La Ley 1150 de 2007.
- La Ley 1474 de 2011.
- La Ley 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021.
- El Decreto Ley 019 de 2012.
- Y demás normas concordantes y vigentes aplicables.

SEGUNDO: Declaro que no tengo conflictos de interés reales, potenciales o aparentes que puedan afectar la imparcialidad, transparencia o adecuada ejecución de las actividades contractuales con la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Ituango.

TERCERO: Manifiesto que la información suministrada y los documentos aportados son veraces, completos y auténticos, y autorizo a la entidad para realizar las verificaciones que considere pertinentes ante las autoridades competentes.

CUARTO: Soy consciente de las consecuencias legales, disciplinarias, fiscales y penales derivadas de la falsedad, omisión o inexactitud en la presente declaración, conforme a la normatividad vigente.

QUINTO: Conforme lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración y por lo tanto asumo todas las consecuencias jurídicas que conlleve.

La presente declaración se suscribe con el fin de acreditar requisitos dentro del proceso de contratación y/o vinculación adelantada por la E.S.E Hospital San Juan de Dios de Ituango, para el cargo, objeto contractual o actividad de: _____

Atentamente,

Firma: Jimena A

Nombre completo: Jimena Adarve Usuga

Identificación: 1037779098

Cargo / Calidad: Aux de enfermería