	FORMATON DECLARACIÓN DE INHABILIDADES O CONFLICTO DE INTERESES	GSA-FT-006	VERSION: 01

Distrito de Buenaventura, Buenaventura, 4 de septiembre de 2026

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE NO ESTAR INCURSO DE INHABILIDADES O CONFLICTO DE INTERÉS

El suscrito **JHON ALEXANDER QUINTERO CASTILLO,** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.111.775.868, expedida en Buenaventura, o actuando en nombre propio manifiesto bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la Ley y que no me encontró en ninguno de los eventos de prohibición para contratar con recursos públicos.

Y que de acuerdo con el Código de Buen Gobierno y Ética del Hospital Luis Ablanque de la Plata E.S.E. el cual me ha sido suministrado y he leído, específicamente en lo que tiene que ver con el CONFLICTO DE INTERÉS.

Declaro que: SI ___ NO _x__ presentó conflicto de Interés.

En caso de presentar conflicto de interés, favor indicar el origen del mismo:

PARENTESCO (En tercer grado de consanguinidad, primero civil y afinidad)
Señale el nombre del Colaborador del Hospital Luis Ablanque de la Plata E.S.E: que hace parte de su grupo familiar

NOMBRE	TIPO DE DOCIMENTO	No. DE IDENTIFICACION	CARGO	PARENTESCO	AFINIDAD

MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA DEL HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA E.S.E.

RAZÓN SOCIAL	NIT.

OTROS, INDIQUE CUÁL O CUÁLES

FECHA DILIGENCIAMIENTO	
FIRMA	
DIRECCION LEGAL	
CORREO ELECTRONICO	
TELEFÓNO	
MOVILVIL	

JHON ALEXANDER QUINTERO CASTILLO
CC No. 1.111.775.868