DECLARACIÓN JURAMENTADA DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y COMPROMISO DE INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y ÉTICA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL DECLARANTE

Lugar (ciudad y departamento):	TUNJA BOYACÁ
Fecha (año/mes/día):	11/11/2026
Nombre completo o razón social:	DIANA PATRICIA LAVERDE HERNANDEZ
Tipo de documento:	X C.C. ☐ C.E. ☐ NIT ☐ Otro: _____
Número de documento:	1051474491
Nombre del Representante Legal (solo persona jurídica):	DIANA PATRICIA LAVERDE HERNANDEZ
Documento del Representante Legal (solo persona jurídica):	1051474491
Correo electrónico:	dianalaverde0117@gmail.com
Teléfono de contacto:	3144773996

Calidad en la que actúa. Marque con una X la opción que corresponda:

X Contratista (persona natural o jurídica) (Contratación directa)

☐ Oferente o proponente en proceso de selección

☐ Proveedor o suministrador de bienes o servicios

☐ Distribuidor atípico de billetería

☐ Servidor público de la Lotería de Boyacá

Vigilado Supersalud

☐ Otro (especifique)

Especifique otro: _____

Tipo de contrato o proceso. Marque con una X la opción que corresponda:

X Prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión

☐ Servicios publicitarios

☐ Compraventa o suministro

☐ Arrendamiento

☐ Consultoría o interventoría

☐ Distribución atípica de billetería

☐ Otro (especifique)

Especifique otro: _____

Vigilado Supersalud

2. OBJETO DE LA DECLARACIÓN

El presente formato tiene por objeto recopilar, bajo la gravedad de juramento, la declaración expresa del declarante respecto del cumplimiento del régimen de inhabilidades, incompatibilidades, prohibiciones y conflictos de interés para contratar con la Lotería de Boyacá, así como formalizar su compromiso de actuar con integridad, transparencia, legalidad y buena fe en el marco de la relación contractual.

Adicionalmente, incorpora el compromiso de cumplimiento de la normatividad anticorrupción, de las políticas internas de ética institucional y del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LA/FT/FPADM) implementado por la entidad.

Importante: el incumplimiento de lo aquí declarado podrá dar lugar al rechazo de la propuesta, la terminación del contrato, el reporte a las autoridades competentes y demás acciones legales o administrativas a que haya lugar

3. DECLARACIÓN GENERAL BAJO JURAMENTO

Alcance de esta declaración: Si el declarante es persona natural, la declaración cubre únicamente al firmante. Si el declarante es persona jurídica, la declaración se extiende también a sus socios, accionistas, administradores, miembros de junta directiva, representantes legales y beneficiarios finales

Declaro bajo la gravedad de juramento que ni yo —y cuando actúo en representación de persona jurídica, tampoco la persona jurídica que represento, ni sus socios, accionistas, administradores, miembros de junta directiva, representantes legales o beneficiarios finales— nos encontramos incursos en causal alguna de:

- Inhabilidad
- Incompatibilidad
- Prohibición para contratar
- Conflicto de interés

Previstas en la Constitución Política, la Ley, el régimen de contratación aplicable, el Manual de Contratación de la Lotería de Boyacá y demás normas concordantes, modificatorias o complementarias.

4. DECLARACIONES ESPECÍFICAS

4.1 INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Marque SÍ si la afirmación es cierta en su caso, o NO si no lo es. Si marca NO, debe adjuntar explicación por escrito.

Vigilado Supersalud

DECLARACIÓN	SÍ	NO
No tengo condenas vigentes por delitos que generen inhabilidad para contratar con el Estado.	X **SÍ**	☐ **NO**
No tengo sanciones disciplinarias con inhabilidad vigente.	X **SÍ**	☐ **NO**
No tengo fallo con responsabilidad fiscal ejecutoriado.	X **SÍ**	☐ **NO**
No he sido objeto de declaratoria de caducidad contractual vigente.	X **SÍ**	☐ **NO**
No me encuentro incurso en prohibiciones derivadas de parentesco o vínculos con servidores públicos de la Lotería de Boyacá que configuren restricción legal.	X **SÍ**	☐ **NO**
No he participado en la estructuración o evaluación del proceso que genere conflicto de interés.	X **SÍ**	☐ **NO**

Vigilado Supersalud

4.2 SARLAFT – LA/FT/FPADM – Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva

DECLARACIÓN	SÍ	NO
No me encuentro reportado(a) en listas restrictivas vinculantes nacionales o internacionales relacionadas con Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo o Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva.	X **SÍ**	☐**NO**
Los recursos que serán utilizados en la ejecución contractual tienen origen lícito.	X **SÍ**	☐ **NO**

DECLARACIÓN	SÍ	NO
Conozco y me comprometo a cumplir las políticas del Sistema de Administración del Riesgo LA/FT/FPADM implementado por la Lotería de Boyacá.	X **SÍ**	☐ **NO**
Informaré oportunamente cualquier cambio en la información suministrada que pueda impactar la evaluación de riesgo.	X **SÍ**	☐ **NO**

Autorización expresa: autorizo a la Lotería de Boyacá para realizar consultas en listas restrictivas, bases de datos públicas o privadas y sistemas de información pertinentes.

4.3 COMPROMISO DE INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y ANTICORRUPCIÓN

Me comprometo a:

1. Actuar con honestidad, rectitud y buena fe.
2. Abstenerme de ofrecer, prometer o entregar dádivas, comisiones indebidas o beneficios a servidores públicos.
3. Respetar los principios de libre competencia y legalidad.
4. Denunciar cualquier acto de corrupción o intento de soborno del que tenga conocimiento.
5. Permitir auditorías o verificaciones de cumplimiento cuando la Lotería o los entes de control lo requieran.

Declaro que ni yo —ni la persona jurídica que represento, cuando aplique— hemos sido sancionados por actos de corrupción, soborno transnacional o prácticas restrictivas de la competencia que generen inhabilidad vigente.

4.4 CONFLICTO DE INTERÉS

Vigilado Supersalud

DECLARACIÓN	SÍ	NO
No me encuentro en conflicto de interés real o potencial frente al proceso o contrato.	☐ **SÍ**	X **NO**
En caso de presentarse un conflicto de interés sobreviniente, lo informaré de manera inmediata a la Lotería de Boyacá.	X **SÍ**	☐ **NO**

4.5 REDAM - Registro de Deudores Alimentarios Morosos

DECLARACIÓN	SÍ	NO
No tengo la condición de deudor alimentario moroso.	☐ **SÍ**	X **NO**
En caso de estarlo, adjunto la certificación correspondiente.	X **SÍ**	☐ **NO**

Vigilado Supersalud

5. SITUACIÓN SOBREVINIENTE

Me comprometo a informar inmediatamente a la Lotería de Boyacá cualquier circunstancia que genere inhabilidad, incompatibilidad, conflicto de interés o riesgo SARLAFT durante el proceso precontractual o la ejecución contractual.

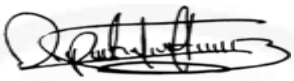
6. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

La falsedad en la información suministrada o el incumplimiento de los compromisos aquí adquiridos podrá dar lugar a:

- Rechazo de la propuesta.
- Terminación unilateral del contrato.
- Reporte a autoridades competentes.
- Acciones civiles, penales, disciplinarias o fiscales a que haya lugar.

7. DECLARACIÓN FINAL Y FIRMA

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y auténtica, y que esta declaración se rinde bajo la gravedad de juramento conforme a la normatividad vigente. Los datos de identificación del firmante son los consignados en la sección 1.



DIANA PATRICIA LAVERDE HERNANDEZ
1051474491
Firma del Declarante

Nombre y documento del firmante: los registrados en la sección 1 de este formato

Vigilado Supersalud