

**DECLARACION ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACION CONSULTA SARLAFT**

Referencia: SUBASTA PÚBLICA No. SG- 001 de 2025

Yo, \_\_\_\_\_ identificado(a) con el documento de identidad No. \_\_\_\_\_ expedido en \_\_\_\_\_, obrando en nombre propio de manera voluntaria o en mi calidad de persona natural o representante legal de la persona jurídica y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fuentes de fondos a la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BOYACA "COMFABOY". Con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la LEY 190 de 1995 "Estatuto Anticorrupción" y demás normas legales concordantes y complementarias para la adquisición de bienes. 1. Declaro que los recursos que entrego provienen de actividades lícitas, de conformidad con la normatividad Colombiana. 2. Autorizo la consulta en SARLAFT. 3. Que no admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo adicione; ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. 4. Autorizo a resolver cualquier acuerdo, negocio o contrato celebrado con la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BOYACA "COMFABOY", en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. 5. Autorizo a la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BOYACA "COMFABOY" para que, en caso de que lo juzgue necesario, consulte mi información crediticia en las Centrales de Riesgo.

Bajo la gravedad de juramento manifiesto que los datos aquí consignados obedecen a la realidad, por lo que declaro haber leído, entendido y aceptado el presente documento, en constancia firmo a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ en la ciudad de \_\_\_\_\_.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

C.C No.



VIGILADO SuperSubsidio



VIGILADO Supersalud



VIGILADO Comercio