|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA:** | |
| **NOMBRE COMPLETO** | |
|  | |
| **DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN** | |
| **C.C C.E T.I** | **NÚMERO** |
| **ÁREA** | |
|  | |
| **CARGO** | |
|  | |

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vinculado(a) al P.A FCP en calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que me encuentro en una situación generadora de un conflicto de interés real ( ) potencial ( ).

**DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN**

*Documente de manera amplia y detallada la posible situación de conflicto de intereses que podría llegar a interferir en el desempeño imparcial y objetivo de sus deberes.*

Con la suscripción del presente documento, usted solicita que se estudie la posible situación de conflicto de intereses y que se tome la decisión que mejor conviene, la cual posteriormente se le comunicará.

Adicionalmente, se compromete a aportar la documentación adicional que sea considerada pertinente y que se relacione con la presente declaración.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| FIRMA DECLARANTE  C.C | FIRMA DE QUIEN RECIBE  CARGO  C.C |