



FORMATO DE INHABILIDADES FOES

Sopó, _____ de _____

Señores
MUNICIPIO DE SOPÓ

Yo _____, identificado con documento de identidad _____ No. _____ de _____, me dirijo a ustedes con el fin de solicitar _____, además para manifestar:

1. Que, bajo la gravedad del juramento manifiesto, no encontrarme incurso dentro de las causales de inhabilidad o incompatibilidad por:

- Quien sea beneficiario de otro subsidio o beca, por parte de una entidad privada o pública para el semestre al cual aspira a ser subsidiado (incluyendo 4x1 una opción de vida, ser pilo paga y/o becas de instituciones privadas).
- Quien se encuentre con sanciones vigentes disciplinarias, de responsabilidad fiscal, y no estar registrado como responsable en el Sistema de Registro Nacional de Medidas Correctivas.
- Ser funcionario público, servidor público o empleado oficial del sector central o descentralizado del Municipio del nivel directivo, así como los familiares de estos en segundo grado de consanguinidad y primero de afinidad.
- No haber cumplido con la contraprestación asignada por la Junta (horas sociales y/o otras actividades) aplica solo auxilio de conectividad y el subsidio de transporte.
- Las inhabilidades e incompatibilidades, con ocasión al vínculo, reguladas en las disposiciones legales vigentes.

2. Que he leído cuidadosamente las condiciones y me he enterado de las condiciones exigidas y de las circunstancias en las cuales suscribiré el subsidio, crédito, auxilio o estímulo, y en términos generales, de lo que pueda afectar su ejecución y me comprometo a cumplir con todas las exigencias previstas en los mismos.

3. Que no conozco ningún hecho irregular que comprometa la transparencia de este proceso y si así existiere, es mi deber denunciarlo a la entidad.

Firma:

Nombre _____

Identificación _____