

## DECLARACIÓN DE PARENTESCO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD

Por medio del presente, me permito **DECLARAR BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO**, que se me ha puesto de presente la prohibición contenida en los estatutos de CFA, de tener parentesco dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, primero civil o por matrimonio, ni ser compañeros permanentes; entre las personas que ocupen uno de los siguientes cargos:

- Miembros del Consejo de Administración.
- Miembros de la Junta de Vigilancia.
- Revisor Fiscal.
- Defensor del Consumidor Financiero.
- Gerente General.
- Empleados de CFA.

Así mismo, me permito declarar bajo la gravedad de juramento que:

**SI**, tengo parentesco de consanguinidad, afinidad, primero civil, matrimonio o unión marital de hecho, con una persona que ocupa uno de los cargos antes relacionados.

**NO**, tengo parentesco de consanguinidad, afinidad, primero civil, matrimonio o unión marital de hecho, con una persona que ocupa uno de los cargos antes relacionados.

En caso de tener **CUALQUIER** parentesco o afinidad con algún miembro del consejo de administración, de la junta de vigilancia, revisor fiscal, defensor del consumidor financiero, gerente o empleado de CFA, **sin importar el grado de parentesco o afinidad**, deberá relacionarlo a continuación, con el fin de que CFA pueda verificar si se encuentra dentro de uno de los grados contenidos en la prohibición establecida en los estatutos de la Cooperativa.

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

Parentesco, afinidad o relación: \_\_\_\_\_

Reconozco que en caso de faltar a la verdad bajo la gravedad de juramento respecto de lo antes declarado, estoy incurriendo en una falta grave que daría lugar a la terminación del contrato con justa causa por parte de mi empleador.



Así mismo, me comprometo a que si en el futuro la condición respecto del parentesco de consanguinidad o afinidad declarada, cambiara por cualquier motivo o circunstancia, que fuera o no, atribuible a mis acciones, lo informaré de manera inmediata al área de Talento Humano de la Cooperativa. En caso de no informar dicha situación, soy conocedor que estaría incurriendo en una falta grave que daría lugar a la terminación del contrato con justa causa por parte de mi empleador.

En constancia, se firma la presente declaración a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 202

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
C.C. \_\_\_\_\_