



Ciudad y Fecha: _____

Señores

DIRECCIÓN JURÍDICA Y DE REGISTRO PÚBLICO

Cámara de Comercio de Ipiales

Carrera 11 N° 15-28

contactodirecto@ccipiales.org.co

Ciudad

ASUNTO: Aceptación de Postulación y Declaración Juramentada

Nombre / Razón social:			
Cédula de Ciudadanía			
Matrícula Mercantil N°:			
Teléfono:		Correo Electrónico:	

ACEPTACIÓN MANIFIESTA DE LA POSTULACIÓN

Por medio del presente documento manifiesto de forma expresa e incondicional que **ACEPTO** la postulación para ser elegido miembro de la Junta Directiva de la Cámara de Comercio de Ipiales para el periodo 2027–2030, en la calidad de candidato ☐ **PRINCIPAL** / ☐ **SUPLENTE PERSONAL**, dentro del **REGLÓN N°** _____ de la Lista de Candidatos en la que me he inscrito.

DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Bajo la gravedad de juramento, el cual se entiende prestado con la firma del presente escrito, declaro libre y libremente que CUMPLO y MANTENGO los siguientes requisitos e idoneidades legales, contenidos en los Artículos 8 y 9 de la Ley 1727 de 2014 y Decreto 1074 de 2015:

1. Soy ciudadano colombiano en pleno ejercicio de mis derechos políticos y civiles.
2. He ostentado de manera ininterrumpida la calidad de afiliado a la Cámara de Comercio de Ipiales durante los dos (2) últimos años calendario previos al 31 de marzo de 2026 (matriculado antes del 31 de marzo de 2022 y aceptado como afiliado a más tardar el 1° de abril de 2024), conservando dicha calidad vigente a la fecha.
3. He cumplido de manera continua con el deber legal de renovar mi Matrícula Mercantil dentro del plazo legal (hasta el 31 de marzo de cada año) y con la totalidad de los deberes de comerciante contemplados en el artículo 19 del Código de Comercio.
4. No me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad fijadas por el artículo 9° de la Ley 1727 de 2014, ni he sido sancionado con la pérdida de la calidad de afiliado en los últimos dos (2) años.
5. No registro reportes o coincidencias inhibitorias en listas de control relativas a SAGRILAF, PTEE o antecedentes en el Registro Nacional de Medidas Correctivas.

Atentamente,

NOMBRE: _____ **C.C. N°:** _____ **de** _____

FIRMA