

6. DECLARACION DE POSIBLE CONFLICTO DE INTERES

¿ESTAS DE ACUERDO EN HACER PUBLICA LA INFORMACION DE TU POSIBLE CONFLICTO DE INTERES?

SI NO

6.1 EL DECLARANTE OCUPA PUESTO, CARGO, COMISION, ACTIVIDADES O PODERES QUE ACTUALMENTE TENGA EN ASOCIACIONES, SOCIEDADES, CONSEJO S, ACTIVIDADES FILANTROPICAS Y/O CONSULTORIAS

SI NO

(EN LA COLUMNA QUE CORRESPONDA ANOTE EL NUMERO DE CLAVE SELECCIONADO)

TIPO DE PERSONA JURIDICA: 1= ACTIVIDAD DIRECTA 2= PARTICIPACION SOCIETARIA 3= ASOCIACION GREMIAL 4= ORGANIZACIÓN COMUNITARIA
 5= IGLESIA O ENTIDAD RELIGIOSA 6= OTRO, ESPECIFIQUE: _____
 TIPO DE COLABORACION: 1= CUOTA 2= SERVICIOS PROFESIONALES 3= PARTICIPACION REMUNERADA 4= OTRO, ESPECIFIQUE: _____
 TITULAR: 1= DECLARANTE 2= CONYUGE Y/O DEPENDIENTES 3= DECLARANTE Y CONYUGE 4= CONCUBINA 5= CONCUBINA Y DECLARANTE
 6= OTRO, ESPECIFIQUE: _____
 NATURALEZA DEL VINCULO
 EN ALGUNA ASOCIACIÓN: 1= SOCIO 2= COLABORADOR 3= CONVENIO O CONTRATO 4= OTRO, ESPECIFIQUE: _____

TIPO	NOMBRE DE LA ENTIDAD (EMPRESA, ASOCIACIÓN, SINDICATO, ETC.) Y UBICACIÓN (CIUDAD, ENTIDAD FEDERATIVA Y PAÍS	FECHA DE ADQUISICION O INICIO DE PARTICIPACION	TIPO DE COLABORACION	TITULAR	MONTO ACTUAL DE LA INVERSION	MONTO MENSUAL POR PERCIBIR UTILIDADES O APORTACION EN SU CASO	NATURALEZA DEL VINCULO																																								
<input type="checkbox"/>		<table border="0"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">AÑO</td> <td colspan="2">MES</td> <td colspan="5">DIA</td> </tr> </table>											AÑO			MES		DIA					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="0"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<input type="checkbox"/>
AÑO			MES		DIA																																										
<input type="checkbox"/>		<table border="0"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">AÑO</td> <td colspan="2">MES</td> <td colspan="5">DIA</td> </tr> </table>											AÑO			MES		DIA					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="0"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<input type="checkbox"/>
AÑO			MES		DIA																																										
<input type="checkbox"/>		<table border="0"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">AÑO</td> <td colspan="2">MES</td> <td colspan="5">DIA</td> </tr> </table>											AÑO			MES		DIA					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="0"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<input type="checkbox"/>
AÑO			MES		DIA																																										
<input type="checkbox"/>		<table border="0"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">AÑO</td> <td colspan="2">MES</td> <td colspan="5">DIA</td> </tr> </table>											AÑO			MES		DIA					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="0"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<input type="checkbox"/>
AÑO			MES		DIA																																										
<input type="checkbox"/>		<table border="0"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">AÑO</td> <td colspan="2">MES</td> <td colspan="5">DIA</td> </tr> </table>											AÑO			MES		DIA					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="0"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<input type="checkbox"/>
AÑO			MES		DIA																																										
<input type="checkbox"/>		<table border="0"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">AÑO</td> <td colspan="2">MES</td> <td colspan="5">DIA</td> </tr> </table>											AÑO			MES		DIA					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="0"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<input type="checkbox"/>
AÑO			MES		DIA																																										