

Código:	PE02 FR 90
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	1 de 2

**FORMATO:
CONOCIMIENTO
PERSONA NATURAL
SERVIDORES**
SARLAFT CIRCULAR 009 DE 2016



Lea con detenimiento las instrucciones al final del documento

FECHA DILIGENCIAMIENTO			UNIDAD ADMINISTRATIVA DONDE SE GENERA EL FORMATO	CONSECUTIVO: Uso exclusivo Metrosalud
Día	Mes	Año		

INFORMACIÓN DE LA PERSONA						
NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN				FECHA EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN
	TI	CC	CE	OTRO		
	N°.					
LUGAR NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO			NACIONALIDAD		
	Día	Mes	Año			
DIRECCIÓN RESIDENCIA	DEPARTAMENTO / MUNICIPIO		N° TELÉFONO RESIDENCIA		N° CELULAR	

FORMACIÓN

CARGO AL QUE ASPIRA: Señale con una X y describa el cargo específico

<input type="checkbox"/>	1. Nivel Directivo	Nombre del cargo
<input type="checkbox"/>	2. Nivel Asesor	
<input type="checkbox"/>	3. Nivel profesional	
<input type="checkbox"/>	4. Nivel técnico	
<input type="checkbox"/>	5. Nivel asistencial (auxiliar área de la salud, auxiliar administrativo, secretaria)	
<input type="checkbox"/>	6. Trabajador oficial	

OCUPACIÓN – OFICIO PREVIO AL NOMBRAMIENTO (DESCRIBIR LA(S) ACTIVIDAD(ES) ECONÓMICA(S) PREVIAS)

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DEL ORIGEN DE LOS FONDOS

Yo, _____ con cedula de ciudadanía N° _____ De manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fuente de Fondos, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular 009 de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud de Colombia, o cualquier otra que adicione, modifique o reemplace.

Declaro que mis fondos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE

¿Administra recursos públicos?	Si	No
¿Ostenta algún grado de poder público y/o goza de reconocimiento público?	Si	No
¿Es o ha sido servidor público?	Si	No
En caso de respuesta afirmativa, especifique:		

¿Realiza operaciones internacionales?
Si respondió SI, señale a continuación con una X a continuación que tipos de operaciones internacionales que realiza:

Importaciones:	Exportaciones:	Inversiones:	Préstamos:	Envío – recepción de giros:	Pago de servicios:	Transferencias:
----------------	----------------	--------------	------------	-----------------------------	--------------------	-----------------

Otras (Especifique): _____

¿Ha tenido contacto con grupos terroristas o al margen de la ley? Si No

Si respondió que si especifique: _____

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

ASPIRANTE

FIRMA	HUELLA
N° CÉDULA	
NOMBRE SERVIDOR QUE ADELANTA EL PROCESO <small>Uso exclusivo Metrosalud</small>	FIRMA SERVIDOR <small>Uso exclusivo</small>

Los documentos institucionales están sujetos a actualización permanente de sus versiones. No imprima ni realice copias magnéticas. Consulte siempre la versión actualizada en intranet.

Código:	PE02 FR 90
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	2 de 2

**FORMATO:
CONOCIMIENTO
PERSONA NATURAL
SERVIDORES
SARLAFT CIRCULAR 009 DE 2016**



Lea con detenimiento las instrucciones al final del documento

	Metrosalud	
--	------------	--

La **E.S.E Metrosalud** le informa que los datos personales recopilados en este documento, se utilizan únicamente para las finalidades aquí descritas y las establecidas en su Manual de Políticas de Tratamiento y Protección de Datos Personales. Todo en concordancia con ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

INSTRUCCIONES:

1. El formato debe ser **diligenciado en su totalidad**, los espacios en blanco invalidan su autenticidad.
2. No debe tener enmendaduras, ni corrector, esto lo invalida. Puede diligenciarse en computador, teniendo en cuenta que firma, cedula y huella al final deben ser manuscritos.
3. Debe verificarse la consistencia de los datos por quien firma el formato, de forma que no se presenten incongruencias entre los datos consignados que lo invaliden.

INFORMACIÓN DE LA PERSONA

Fecha diligenciamiento: fecha de diligenciamiento del formato.

Unidad Administrativa donde se genera el contrato: describir el nombre de la Unidad Administrativa donde está tramitando el nombramiento.

Nombres completos, tipo y número de identificación, fecha, lugar de expedición del documento de identidad y lugar y fecha de nacimiento: deben consignarse tal como aparecen en el documento de identidad.

Dirección, teléfono, departamento, municipio de residencia y celular: Deben consignarse los datos de la persona aspirante al cargo y debe ser quien diligencie el formato.

FORMACIÓN: describa que formación académica tiene.

CARGO AL QUE ASPIRA: diligencie el nivel jerárquico y nombre del cargo a desempeñar.

OCUPACIÓN - OFICIO (DESCRIBIR LA(S) ACTIVIDAD(ES) ECONÓMICA(S)): información de la actividad económica de la persona previa a la vinculación con la empresa.

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DEL ORIGEN DE LOS FONDOS:

Deben consignarse los datos de la persona, los cuales deben coincidir con los datos consignados en la identificación inicial.

PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE Se consigna SI o NO en el recuadro

- **¿Administra recursos públicos?**
- **¿Ostenta algún grado de poder público y/o goza de reconocimiento público?**
- **¿Es o ha sido servidor público?**
- **En caso de respuesta afirmativa, especifique:**
- **¿Realiza operaciones internacionales?**
En caso positivo, debe diligenciar las casillas donde se describe el tipo de operación. Si no se encuentra en las opciones, en el campo **otros** describa que tipo de operación llevan a cabo.
- **¿Ha tenido contacto con grupos terroristas o al margen de la ley?**
En caso positivo describir que tipo de contacto se ha presentado.

FIRMA, N° CÉDULA y HUELLA: estos campos son indispensables para la validez del formato. **La huella debe ser la del índice derecho o en su defecto la de la cédula, original y nítida.** Si la huella esta borrosa o es digital, se invalida la autenticidad del formato.

IMPRIMA ÚNICAMENTE LA PRIMERA PÁGINA PARA LA ENTREGA