

Código:	F01503015017	FORMATO: CONOCIMIENTO PERSONA NATURAL SERVIDORES SARLAFT CIRCULAR 009 DE 2016	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	10/03/2018		
Página:	1 de 1		

FECHA DILIGENCIAMIENTO			UNIDAD ADMINISTRATIVA DONDE SE GENERA EL FORMATO
Día	Mes	Año	

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

OCUPACIÓN, OFICIO O PROFESIÓN (DESCRIBIR ACTIVIDAD ECONÓMICA)
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	

Otras actividades económicas diferentes al cargo en la ESE Metrosalud:

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.

¿Administra recursos públicos?						Si		No	
¿Ostenta algún grado de poder público y/o goza de reconocimiento público?						Si		No	
¿Es servidor público?						Si		No	
¿Realiza operaciones internacionales?						Si		No	
Si respondió SI, señale a continuación con una X a continuación que tipos de operaciones internacionales que realiza:									
Importaciones	Exportación	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

PERSONA NATURAL			
FIRMA		HUELLA	
N° CÉDULA			