

**CENTRO MÉDICO CRECER****SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL****FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL COLABORADOR Y DIRECTIVO**

Código: FOR-GER-PLN-20052022-4

Versión: 2.0

Emisión: 25-05-2022

Página: 1 de 1

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

FECHA DELIGENCIAMIENTO	DD	MM	AA	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NOMBRE							
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AA	LUGAR DE NACIMIENTO			
TIPO DE DOCUMENTO	C.C. _____	C.E. _____	OTRO _____	NO. DOCUMENTO			
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN				DIRECCIÓN RESIDENCIA/BARRIO			
EMPRESA DONDE TRABAJA				ÁREA/CARGO			
DIRECCION DE LA EMPRESA				CIUDAD			
PROFESIÓN/OFICIO/OCUPACIÓN				NACIONALIDAD			
ESTADO CIVIL	Soltero/a <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>	Separado/a <input type="checkbox"/>	TELÉFONO RESIDENCIA			
	Casado/a <input type="checkbox"/>	Viudo/a <input type="checkbox"/>		CELULAR			
¿Es o fue un funcionario, empleado de una entidad pública controlada por el gobierno?						Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?						Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Goza usted de algún reconocimiento público?						Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Existe algún vínculo familiar entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?						Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, proporcione por favor los nombres, cargos, vínculo familiar y entidades en las que fue o es funcionario de la entidad pública							

**2. INFORMACIÓN FINANCIERA**

INGRESOS MENSUALES	<input type="text"/>	EGRESOS MENSUALES	<input type="text"/>
PATRIMONIO	<input type="text"/>	OTROS INGRESOS	<input type="text"/>
		*CONCEPTO	<input type="text"/>

\* Por favor especificar en la parte de concepto, otros ingresos

**3. DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS**

YO \_\_\_\_\_, con Cédula de Ciudadanía Nro. \_\_\_\_\_, Expedida en \_\_\_\_\_

Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones LA CLÍNICA: Tanto mis actividades, mi profesión u oficio son lícitas, las ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas, ni se destinaran para actividades terroristas, en las contempladas en código penal o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique.

Conozco, declaro y acepto que LA CLÍNICA CRECER está en la obligación legal de solicitar las aclaraciones que estimen pertinentes en el evento en que se presenten circunstancias con base en la cuales LA CLÍNICA, puede tener dudas razonables sobre mis operaciones, así como el origen de mis activos, evento en el cual sumistraré las aclaraciones que sean del caso, si éstas no son satisfactorias, a juicio de LA CLÍNICA, autorizo a dar por terminada cualquier relación laboral.

Me comprometo a la actualización de datos como mínimo anualmente.

ORIGEN DE FONDOS  \*Especificar de donde provienen el origen de sus fondos

**4. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

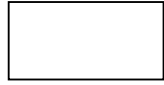
Centro Médico Crecer le informa que sus datos personales serán almacenados, en nuestras bases de datos y tratados para mantener una comunicación permanente y eficaz con usted. Puede consultar nuestra política a través de los canales establecidos por la entidad. Si usted desea conocer, corregir, actualizar, rectificar o suprimir los datos que nos ha suministrado o revocar la presente autorización, escribir al correo electrónico a coord.talentohumano@clinicacrecer.com indicándonos su solicitud, o comuníquese al teléfono \_\_\_\_\_. Conociendo lo anterior, manifiesto mi autorización expresa, previa y voluntaria para el tratamiento de mis datos por la Clínica Crecer

**4. FIRMA Y HUELLA**

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado en el presente documento, declaro que la información que he suministrado es veraz y procedo con la firma del presente documento.

\_\_\_\_\_

**FIRMA EMPLEADO Y/O DIRECTIVO**

  
**HUELLA DACTILAR**

**Documentos anexos: Copia Cédula de ciudadanía**

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el sistema de información institucional Investigue antes de sacar copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.