

	FORMATO	
	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO E INSCRIPCIÓN DE EMPLEADO	FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2016
		VERSIÓN: 01
		CODIGO: GD-GER-F-001C
		PAGINA: 1 de 2

PERSONA NATURAL

Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre(s):
DOCUMENTO DE IDENTIDAD TI. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Carnet Diplomático <input type="checkbox"/> No. _____ Lugar de expedición: _____ Fecha de expedición: <u>DD / MM / AA</u>	Fecha de nacimiento: <u>DD / MM / AA</u>	Oficio, profesión:
	Lugar de nacimiento:	Tipo de vinculación: Planta <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Agremiado <input type="checkbox"/>
	Dirección de residencia:	Si su vinculación es por Gremio de la Salud, favor indicar el nombre:
	Ciudad:	Cargo:
	Teléfono fijo:	Teléfono móvil:
	E-mail para notificaciones:	

INFORMACIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA (persona natural- corte a 31 diciembre de 2016)

Patrimonio (Pesos):	Pasivos (Pesos):
Activos (Pesos):	Egresos mensuales (Pesos):
Ingresos mensuales (Pesos):	Otros ingresos (Pesos):
Concepto/otros ingresos:	
Declarante de renta: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Régimen general <input type="checkbox"/> Régimen especial <input type="checkbox"/>	
Activos: Son todos aquellos bienes y derechos (vehículos, dinero en efectivo bien raíces, terrenos, Cdt's, inversiones, acciones) que se poseen independiente a que se deban o no. Pasivos: Representa todas nuestras deudas con las diferentes entidades bancarias o con terceros. Patrimonio: Son todos aquellos bienes que son de nuestra propiedad, de los cuales no se tiene ningún tipo deuda.	

PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA * (persona natural)

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Por su cargo o actividad goza de reconocimiento público? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso de respuesta afirmativa, especifique:

¿Existe un vínculo entre usted y una persona políticamente expuesta Sí No / Indique en caso de respuesta afirmativa (nombre completo e identificación)

**Son los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas, por ejemplo, jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos, definidos en el Decreto 1674 de 2016 del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República.*

OPERACIONES INTERNACIONALES (persona natural)

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿En caso afirmativo señalar que tipo de transacciones?						
<input type="checkbox"/> Importaciones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Préstamos <input type="checkbox"/> Envío y/o Recepción de Giros <input type="checkbox"/> Pago de Servicios <input type="checkbox"/> Transferencias <input type="checkbox"/> Otras ¿Cuál? _____						
¿Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique:						
Tipo de producto	No. del producto	Entidad	Monto	Moneda	Ciudad	País

¡Corazón para servir!

Calle 9 No. 15-25 **PBX:** 871 5907 **FAX:** 871 4415 – 871 4440 Call center: 8671425: Correo Institucional:
 hospital.universitario@huhmp.gov.co
 Facebook: ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Twitter: @HUNeiva
 http://www.huhmp.gov.co
 Neiva - Huila

	FORMATO	
		FECHA DE EMISIÓN: DICIEMBRE 2016
	VERSIÓN: 01	
	CODIGO: GD-GER-F-001C	
	PAGINA: 2 de 2	
FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO E INSCRIPCIÓN DE EMPLEADO		

DECLARACIONES (persona natural)

Protección de datos financieros y personales: Con la suscripción de este documento, autorizo al Hospital Universitario de Neiva, para que soliciten, procesen, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial conforme a lo dispuesto por la ley 1581 de 2012.

Origen de los recursos: Declaro que mis recursos provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique. Por ende, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incluido en la lista vinculante del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y la lista restrictiva de la OFAC, que no he sido vinculado a investigación ante cualquier autoridad y que el Hospital se encuentra facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes.

<p>Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado.</p> <p style="text-align: right;">_____ ESPACIO PARA HUELLA</p> <p>Firma Nombre: P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No. Fecha de firma : DD / MM / AA</p>	VERIFICACIÓN		
	Hora:	Fecha: DD / MM / AA	Lugar:
	Nombre del funcionario responsable:		
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No.		
	Firma:		
	Cargo:		
	Se certifica que se llevó a cabo la verificación de la información entregada y diligenciada <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

OBSERVACIONES

Información reservada para el Hospital Universitario de Neiva

Verificación en Listas:

¿La persona verificada presenta coincidencia en listas? Si No

En caso de ser positiva la respuesta indique en cual _____

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar por escrito al Superior Inmediato y al Oficial de Cumplimiento.

Nombre del Profesional o Auxiliar Administrativo que realiza la verificación _____

Área: _____

Fecha: DD / MM / AA **Hora:** _____