



**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS
PERSONA NATURAL Y/O JURÍDICA**

**F-CT-1
Versión 2**

Yo, _____, identificado con el documento de identidad No. _____, expedido en _____ obrando en nombre propio y/o en representación legal de _____ con NIT _____, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración en cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular No.009 del 21 de abril de 2016 de la Superintendencia de Salud, Ley 1474 de 2011 “Estatuto Anticorrupción” y demás normas legales concordantes.

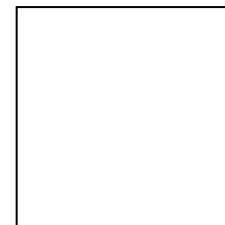
1. Los recursos que manejo o mis recursos propios provienen de las siguientes fuentes (Detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc.) *No colocar genéricos como por ejemplo comerciante.*

2. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita propia o de terceras personas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

3. En el caso de comprobarse cualquier infracción de las normas legales tendientes al control de lavado de activos o financiación del terrorismo, eximo a la **CORPORACIÓN PARA ESTUDIOS EN SALUD – CLÍNICA CES** de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado en este documento, y en caso de contar con un contrato suscrito con esta Institución autorizo a darlo por terminado.

En constancia de haber leído y acatado lo anterior firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____ en la ciudad de _____.

FIRMA Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD



Huella índice derecho

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: LA CLÍNICA CES le informa que los datos personales recopilados en este documento, se utilizan únicamente para las finalidades aquí descritas y las establecidas en su Política de tratamiento y protección de datos personales y manual de aplicación. Todo en concordancia con lo ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.