



E.S.E Hospital Departamental  
San Antonio de Pitalito

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO NIT: 891.180.134-2

CÓDIGO:  
HSP-DE-M02-F04

PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCINAL

Versión. 2.0

NOMBRE DEL DOCUMENTO: FORMATO DE VINCULACIÓN DE EMPLEADOS PÚBLICOS  
SARLAFT/FPADM

Fecha de Aprobación:  
09/08/2022

Fecha de diligenciamiento	DD	MM	AAAA	Ciudad:	Tipo de Solicitud:	Nuevo	Actualización
---------------------------	----	----	------	---------	--------------------	-------	---------------

### 1. PERSONA NATURAL

Apellidos				Nombres					
Documento Identidad:	C.C	X	C.E	No.	Fecha de Expedición	DD	MM	AAAA	Lugar de Expedición
Fecha de Nacimiento	DD	MM	AAAA	Lugar de Nacimiento	SEXO	F	M	Nacionalidad	
Dirección Residencia				Ciudad				Departamento	
E-mail				No. Teléfono				No. Celular	
Actividad Económica /	Empleado								
Empresa donde Labora				Cargo				Dirección	Telefono

### 2. PERSONA JURÍDICA

Nombre o razón social				NIT					
Representante legal	Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido		Segundo apellido		
Tipo de identificación	C.C		C.E	Número	Fecha de expedición	DD	MM	AAAA	Lugar de expedición
Fecha de nacimiento	DD	MM	AAAA	Lugar de nacimiento				Nacionalidad	
Dirección Oficina:				Ciudad			Telefono y Fax		
Tipo de empresa	Pública		Privada	Mixta	Sector de la economía				
Actividad económica				Página WEB y/o correo electrónico					


Accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación

Tipo de identificación	No. Documento	Nombres y Apellidos	¿Por su actividad o cargo administra recursos públicos?		¿Por su actividad o cargo ejerce algún grado de poder público?		¿Por su actividad o cargo goza de reconocimiento público?	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO

### 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Declaración de Origen de los Ingresos:			
Ingresos mensuales(\$)		Egresos mensuales (\$)	
Activos(\$)		Pasivos (\$)	
Patrimonio (\$)		Otros ingresos (\$)	
Concepto otros ingresos			

Redactado por: Planeación Operativa y Oficina de Calidad	Revisado por: Ana Luz Trujillo Muñoz-Subgerente Administrativa y Financiera	Aprobado por: Comité de Gestión de Calidad de la Atención en Salud
Fecha de Redacción: 21 de Julio de 2022	Fecha de Revisión: 14 de Septiembre de 2022	Fecha de Aprobación: 09 de Agosto de 2022
Versión Original: Noviembre de 2016	Revisión No. 2.0 Acta No. 004	Resolución No. 168 del 09 de Agosto de 2022

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PITALITO NIT:</b> 891.180.134-2		<b>CÓDIGO:</b> HSP-DE-M02-F04		
	<b>PROCESO: GESTIÓN DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL</b>		<b>Versión. 2.0</b>		
<b>NOMBRE DEL DOCUMENTO: FORMATO DE VINCULACION DE EMPLEADOS PUBLICOS</b> SARLAFT/FPADM		<b>Fecha de Aprobación:</b> 09/08/2022			
<b>4. IDENTIFICACIÓN PEP's Y OPERACIONES INTERNACIONALES</b>					
¿Ostenta la calidad de PEP-Persona Expuesta Públicamente / Políticamente?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	En caso de que la respuesta sea afirmativa, por favor diligenciar el formato HSP-SARLAFT-F05: Formato de Vinculación de Personas Expuestas Públicamente /	
¿Realiza Operaciones Internacionales?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO		Describa el tipo de operación, ejemplo: Importaciones, exportaciones, inversiones, préstamos, envío y/o recepción de giros, pago de servicios, transferencias,
<b>5. DECLARO EXPRESAMENTE QUE:</b>					
1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal, y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.					
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable me comprometo a actualizarla anualmente.					
3. Que de manera voluntaria manifiesto que todo declarado es cierto, de conformidad a lo señalado por la Circular Externa No 2021170000005-5 del 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.					
4. Que los recursos utilizados por el desarrollo de mis actividades, no se derivan ni se destinarán al lavado de activos (LA), a la financiación del terrorismo (FT), financiación de grupos terroristas, la ploriferación de armas de destrucción masiva (PDAM), o actividades terroristas.					
5. Los recursos que posee la suscrita (persona o empresa) provienen de					
Firma del Empleado Público		Huella	Nombre e Identificación del empleado público del Hospital		
<b>6. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO</b>					
Fecha de la verificación	DD	MM	AAAA	Hora	Nombre y cargo de quien verifica
					Firma
Resultado de la Verificación:	<input type="checkbox"/> Aceptada	<b>OBSERVACIONES GENERALES:</b>			<input type="checkbox"/> Rechazada
Redactado por: Planeación Operativa y Oficina de Calidad		Revisado por: Ana Luz Trujillo Muñoz-Subgerente Administrativa y Financiera		Aprobado por: Comité de Gestión de Calidad de la Atención en Salud	
Fecha de Redacción: 21 de Julio de 2022		Fecha de Revisión: 14 de Septiembre de 2022		Fecha de Aprobación: 09 de Agosto de 2022	
Versión Original: Noviembre de 2016		Revisión No. 2.0 Acta No. 004		Resolución No. 168 del 09 de Agosto de 2022	