

**DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINACIÓN DE  
FONDOS CONTRAPARTE: CLIENTE, PROVEEDOR,  
EMPLEADO, TERCERO ASISTENCIAL, OTRO**

**Código:  
AGE-GFI-Ft-02**

Con el propósito de dar cumplimiento a las normas legales y en especial a lo contemplado en la Circular Externa 009 de 2016 y expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y otra ley, DECLARO de manera voluntaria que todo lo señalado en este formato es cierto:

1. Los dineros y recursos entregados a la **CLÍNICA EL ROSARIO** provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad económica, negocio, etc.):


2. Los dineros y recursos entregados a la **CLÍNICA EL ROSARIO** no provienen de actividades ilícitas, de conformidad con lo establecido en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique.
3. Los dineros y recursos recibidos de la **CLÍNICA EL ROSARIO** no serán destinados a fines ilícitos, de conformidad con lo establecido en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique.

Autorizo a la **CLÍNICA EL ROSARIO** para que cancele, salde o dé por terminado todas las operaciones, negocios o contratos, en el caso que incumpla o cometa alguna infracción relacionada con los numerales anteriores. De esta manera, eximo a la **CLÍNICA EL ROSARIO** de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere suministrado en este documento.

DECLARO que:

Por razones de mi cargo o actividad económica SI  NO  manejo recursos públicos.

En caso afirmativo explique:

Por razones de mi cargo o actividad económica SI  NO  dispongo del manejo de recursos públicos.

En caso afirmativo explique:

Por razones de mi cargo o actividad económica SI  NO  poseo algún grado de poder público.

En caso afirmativo explique:

Razón Social o Nombre: \_\_\_\_\_

Nit o Cédula: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Contraparte o Representante Legal

