

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

1. Los recursos que manejo o mis recursos propios provienen de las siguientes fuentes o actividades económicas (detalle la ocupación, oficio, profesión, actividad económica o negocio, etc.):

2. Los recursos que manejo o mis recursos propios no provienen de actividades ilícitas, de conformidad con lo establecido en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique.
3. Mis recursos o los recursos recibidos de la **CLÍNICA EL ROSARIO**, no serán destinados con fines ilícitos, de conformidad con lo establecido en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique.

LA CLÍNICA EL ROSARIO está facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes en las diferentes fuentes de consulta existentes para efectos del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT, o a través de solicitudes de aclaraciones que me realice.

En caso que **LA CLÍNICA EL ROSARIO** compruebe que existe información que pueda colocar a la institución frente a un riesgo asociado al LA/FT, o que las explicaciones que yo ofrezca sobre la procedencia de mis activos no sean satisfactorias, **LA CLÍNICA EL ROSARIO** podrá dar por terminado unilateralmente el (los) contrato (s) existentes entre ambas partes.

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 y me comprometo a comunicar de inmediato si llego a tener conocimiento de alguna de las situaciones descritas 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:

Nombre o Razón Social: _____

Nit o Cédula: _____

HUELLA
(ÍNDICE
DERECHO)

Firma Contraparte o Representante Legal