

DECLARACIÓN DE FUENTE DE FONDOS (EFECTIVO)

De manera voluntaria y dando certeza de que todo lo que aquí está consignado es cierto, realizo (amos) la siguiente declaración de fuente de Fondos a la entidad Médicos Asociados S.A., con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular 000009 del 21 de Abril de 2016, o cualquier otra que adicione, modifique o reemplace, la ley 90 de 1995 (estatuto anticorrupción), y demás normas legales.

Toda información que se registre en el siguiente documento y que correspondan a datos personales o que estén amparados en las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 y su decreto 1377 de 2013, se encuentran reglamentadas en el manual de políticas de protección y tratamiento de datos personales. Consulte la página web de Médicos Asociados (www.mediasociados.com.co) para mayor información.



Nit. 860066191

SEDE/CÓDIGO	CIUDAD	FECHA	HORA	VALOR A DECLARAR
		MM DD AA		\$

DATOS DEL PACIENTE	
NOMBRES	APELLIDOS
RAZÓN SOCIAL (PERSONA JURIDICA)	
IDENTIFICACIÓN	
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUÁL? _____ NÚMERO _____	
DIRECCIÓN	TELÉFONO

DATOS DE QUIEN EFECTÚA LA TRANSACCIÓN	
NOMBRES	APELLIDOS
RAZÓN SOCIAL (PERSONA JURIDICA)	
IDENTIFICACIÓN	
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUÁL? _____ NÚMERO _____	
DIRECCIÓN	TELÉFONO

TIPO DE PROCEDIMIENTO
Indique el procedimiento médico practicado: _____

VINCULO ENTRE LAS PARTES
Indique la relación entre Paciente y Responsable del Pago: _____

PROCEDENCIA DE LOS FONDOS
Declaro que los recursos monetarios que permiten realizar la presente transacción en efectivo, tienen origen o provienen de:
FIRMA DE QUIEN REALIZA LA DECLARACIÓN: _____
N° de Identificación _____

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