

	FORMULARIO PARA EL REPORTE Y DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES. NIT: 806010305-8	Código: FTO-GTH-RDCI-101
		Versión: 1
		Fecha: 10/09/2025

FIRMA DEL DECLARANTE	
Firma del declarante:	
Documento de identidad:	
Fecha:	

Nombre de quien recibe la declaración: _____

Documento de identidad No. _____ de _____

Cargo: _____

Dependencia de trabajo: _____

Se analizará la información y se realizará el correspondiente procedimiento para estudiar la situación, tomar una decisión sobre el caso en concreto e informar dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de recibido de la declaración en cuestión. (Artículo 12, Ley 1437 de 2011).

Nota: La declaración de conflicto de intereses es confidencial y está sujeta a modificaciones de acuerdo con el cambio de circunstancias o situaciones declaradas a su vez que esta declaración será registrada y controlada por la entidad.

Mis derechos se encuentran plasmados en las normas aplicables en el Aviso de Privacidad y en la Política de Tratamiento de Datos Personales como titular de los datos, los cuales están previstos en la constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de los mismos.

Para ejercer los derechos sobre los datos personales, la persona puede acceder a través de los canales puestos a disposición de la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS**, el cual es el correo electrónico notificacionesth@adm.esecartagenadeindias.gov.co, y las oficinas de atención, que se encuentran ubicadas en el barrio Pie de la popa, Calle 33 #22-54 en Cartagena, Colombia.

Atentamente,

Firma: _____

Nro. Documento _____



**FORMULARIO PARA EL REPORTE Y DECLARACIÓN
DE CONFLICTO DE INTERESES.
NIT: 806010305-8**

Código: FTO-GTH-RDCI-101

Versión: 1

Fecha: 10/09/2025