FECHA:	DÍA		MES		AÑO	
NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:						
CARGO DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA:						
PERIODO CONTRATADO	FECHA DE INGRESO:	DÍA	MES	AÑO		
	FECHA DE TERMINACIÓN:	DÍA	MES	AÑO		

	NOMBRE	**FIRMA**
COORDINADOR (A)		
SUPERVISOR (A)		
FIRMAS OBLIGATORIAS	**NOMBRE**	**FIRMA**
ALMACENISTA		
ACTIVOS FIJOS		
SISTEMAS (TIC)		
CALIDAD		
GESTIÓN DOCUMENTAL		
FARMACIA (SOLO PARA ASISTENCIALES)		
NOTA: Este formato es evidencia que el funcionario o contratista queda a paz y salvo por todo concepto.		

CONTROL DE CAMBIOS		
FECHA	**DESCRIPCION**	**VERSION**
16-02-2012	Elaboración del documento	v1
07-03-2022	Se elimino el campo de la firma de la gerencia, se agregó el campo de gestión documental.	V2