|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA DILIGENCIAMIENTO** | **UNIDAD ADMINISTRATIVA DONDE SE GENERA EL FORMATO** |
| **Día** | **Mes** | **Año** |
|  |  |  | DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA |
| **INFORMACIÓN DE LA PERSONA**  |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **IDENTIFICACIÓN** | **N° TELÉFONO** |
| **TI** | **CC** | **CE** | **OTRO** |  |
|  | N°. |  |
| **DIRECCIÓN RESIDENCIA** | **DEPARTAMENTO / MUNICIPIO** | **N° CELULAR** |
|  |  |  |
| **LUGAR NACIMIENTO** | **FECHA DE NACIMIENTO** | **NACIONALIDAD** |
| **Día** | **Mes** | **Año** |
|  |  |  |  |  |
| **OCUPACIÓN, OFICIO O PROFESIÓN (DESCRIBIR ACTIVIDAD ECONÓMICA)** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **DECLARACIÓN VOLUNTARIA DEL ORIGEN DE LOS FONDOS** |
| Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con cedula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ De manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fuente de fondos, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular 009 de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud de Colombia, o cualquier otra que adicione, modifique o reemplace. Declaro que mis fondos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.  |
| **¿Administra recursos públicos?** | Si | No |
| **¿Ostenta algún grado de poder público y/o goza de reconocimiento público?**  | Si | No |
| **¿Es servidor público?** | Si | No |
| **¿Realiza operaciones internacionales?** | Si | No |
| **Señale con una X cuáles son los tipos de operaciones que realiza** |
| Importaciones | Exportación | Inversiones | Préstamos | Envío – recepción de giros | Pago de servicios | Transferencias |
| Otras (Especifique): |  |
|  |
| **¿Ha tenido contacto con grupos terroristas o al margen de la ley?** | Si | No |
| Si respondió que si especifique |  |
| **COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO** |
| **PERSONA NATURAL** |
| **FIRMA** |  | **HUELLA** |  |
| **N° CÉDULA** |  |