|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA DILIGENCIAMIENTO** | **UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE DEL VINCULO CONTRACTUAL** |
| **Día** | **Mes** | **Año** |
|  |  |  | E.S.E METROSALUD DIRECCION ADMINISTRATIVA |
| **INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD** |
| **RAZÓN SOCIAL** | **IDENTIFICACIÓN** | **N° TELÉFONO** |
| **NIT** | **OTRO** |
|  | N° |  |
| **NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS REPRESENTANTE LEGAL** | **IDENTIFICACIÓN** | **FECHA EXPEDICIÓN** | **LUGAR DE EXPEDICIÓN** |
| **CC** | **CE** | **PASAPORTE** | **OTRO** |
|  | N° |  |  |
| **DIRECCIÓN RESIDENCIA** | **DEPARTAMENTO** | **MUNICIPIO** |
|  |  |  |
| **N° TELÉFONO # 1** | **N° TELÉFONO # 2** | **N° CELULAR** |
|  |  |  |
| **LUGAR NACIMIENTO** | **FECHA DE NACIMIENTO** | **NACIONALIDAD** |
| **Día** | **Mes** | **Año** |
|  |  |  |  |  |
| **DECLARACIÓN VOLUNTARIA DEL ORIGEN DE LOS FONDOS**  |
| Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con cedula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como representante legal de la empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con NIT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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.  |
| **REPRESENTANTE LEGAL** |
| **¿Administra recursos públicos?** | Si | No |
| **¿Ostenta algún grado de poder público y/o goza de reconocimiento público?**  | Si | No |
| **¿Es servidor público?** | Si | No |
| **¿La entidad realiza operaciones internacionales?** | Si | No |
| **¿Señale con una X cuáles son los tipos de operaciones que realiza?** |
| Importaciones | Exportaciones | 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 |  |
| **¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR?** | Si | No |
| **¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?** | Si | No |
| **TIPO DE PRODUCTO** | **IDENTIFICACIÓN O NUMERO DEL PRODUCTO** | **ENTIDAD** | **MONTO** | **CUIDAD** | **PAÍS** | **MONEDA** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **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** |
| **FIRMA REPRESENTANTE LEGAL** |  | **HUELLA** |  |
| **N° CÉDULA** |  |