|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | | |  | | | | | | | | | | |