

Código:	PE02 FR 88	<b>FORMATO: CONOCIMIENTO PERSONA NATURAL</b> SARLAFT CIRCULAR 009 DE 2016	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	01/10/2019		
Página:	1 de 2		

**Lea con detenimiento las instrucciones al final del documento**

FECHA DILIGENCIAMIENTO			OBJETO CONTRACTUAL (RESUMIDO)				CONSECUTIVO: Uso exclusivo Metrosalud	
Día	Mes	Año						
INFORMACIÓN DE LA PERSONA								
NOMBRES Y APELLIDOS			IDENTIFICACIÓN				FECHA EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN
			TI	CC	CE	OTRO		
			N°.					
DIRECCIÓN RESIDENCIA			DEPARTAMENTO / MUNICIPIO		N° TELÉFONO		N° CELULAR	
LUGAR NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO			NACIONALIDAD		
			Día	Mes	Año			
FORMACIÓN								
_____								
OCUPACIÓN - OFICIO (DESCRIBIR LA(S) ACTIVIDAD(ES) ECONÓMICA(S))								
_____								
_____								
_____								
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.								
PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE								
¿Administra recursos públicos?							Si	No
¿Ostenta algún grado de poder público y/o goza de reconocimiento público?							Si	No
¿Es o ha sido servidor público?							Si	No
En caso de respuesta afirmativa, especifique:								
¿Realiza operaciones internacionales?							Si	No
Si respondió SI, Señale a continuación con una X cuáles son los tipos de operaciones internacionales 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								
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								
PROPONENTE								
FIRMA				HUELLA Índice derecho				
N° CÉDULA								
NOMBRE SERVIDOR QUE ADELANTA EL PROCESO Uso exclusivo Metrosalud				FIRMA SERVIDOR Uso exclusivo Metrosalud				

Código:	PE02 FR 88	<b>FORMATO: CONOCIMIENTO PERSONA NATURAL</b> SARLAFT CIRCULAR 009 DE 2016	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	01/10/2019		
Página:	2 de 2		

**Lea con detenimiento las instrucciones al final del documento**

La E.S.E Metrosalud le informa que los datos personales recopilados en este documento, se utilizan únicamente para las finalidades aquí descritas y las establecidas en su Manual de Políticas de Tratamiento y Protección de Datos Personales. Todo en concordancia con ordenado por la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

**INSTRUCCIONES:**

1. El formato debe ser **diligenciado en su totalidad**, los espacios en blanco invalidan su autenticidad.
2. No debe tener enmendaduras, ni corrector, esto lo invalida. Puede diligenciarse en computador, teniendo en cuenta que firma, cedula y huella al final deben ser manuscritos.
3. Debe verificarse la consistencia de los datos por quien firma el formato, de forma que no se presenten incongruencias entre los datos consignados que lo invaliden.

**INFORMACIÓN DE LA PERSONA**

**Fecha diligenciamiento:** fecha de diligenciamiento del formato.

**Objeto contractual (resumido):** describir de forma concreta el objeto del contrato para el cual está presentando propuesta o al cual está aplicando.

**Nombres completos, tipo y número de identificación, fecha, lugar de expedición del documento de identidad y lugar y fecha de nacimiento:** deben consignarse tal como aparecen en el documento de identidad.

**Dirección, teléfono, departamento, municipio de residencia y celular:** Deben consignarse los datos de la persona que figura en el proceso contractual y debe ser quien diligencie el formato.

**FORMACIÓN:** describa que formación académica tiene.

**OCUPACIÓN - OFICIO (DESCRIBIR LA(S) ACTIVIDAD(ES) ECONÓMICA(S)):** información de la actividad económica de la persona previa al proceso contractual.

**DECLARACIÓN VOLUNTARIA DEL ORIGEN DE LOS FONDOS:**

Deben consignarse los datos de la persona, los cuales deben coincidir con los datos consignados en la identificación inicial.

**PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE:** Se consigna SI o NO en el recuadro

- **¿Administra recursos públicos?**
- **¿Ostenta algún grado de poder público y/o goza de reconocimiento público?**
- **¿Es o ha sido servidor público?**
- **En caso de respuesta afirmativa, especifique:**

- **¿Realiza operaciones internacionales?**

En caso positivo, debe diligenciar las casillas donde se describe el tipo de operación. Si no se encuentra en las opciones, en el campo **otros** describa que tipo de operación llevan a cabo.

- **¿Ha tenido contacto con grupos terroristas o al margen de la ley?**

En caso positivo describir que tipo de contacto se ha presentado.

**FIRMA, N° CÉDULA y HUELLA:** estos campos son indispensables para la validez del formato. **La huella debe ser la del índice derecho o en su defecto la de la cédula, original y nítida.** Si la huella esta borrosa o es digital, se invalida la autenticidad del formato.

**IMPRIMA ÚNICAMENTE LA PRIMERA PÁGINA PARA LA ENTREGA**