

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			
FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT				PM-GRI-FT-05	
Fecha de Diligenciamiento		Día	Mes		Año
		15	12		2017
Clase de Vinculación	Proveedor	Cotizador	EAPB	Otro	
	☒	☐	☐	☐	
PERSONA NATURAL					
Nombre Completo					
Laura Esperanza Reyes Alarcon					
CC	CE	TI	Otro	N°	
☒	☐	☐	☐	52-857-389	
Fecha Nacimiento	Día	Mes	Año	Lugar Nacimiento	
	9	9	1981	Bogota	
Profesión, Ocupación u Oficio			Fecha Expedición Documento		
Auxiliar Administrativo			21 - octubre - 1999		
Dirección Residencia			Teléfono (s)		
CL 3 #78 L03 b1A1 APto 502			3003794050		
Ingresos Mensuales		Egresos Mensuales			
1'506.300		1'500.300			
Otros Ingresos diferentes a la relación contractual		SI	NO	Otros Ingresos Mensuales	
		☐	☒		
Concepto Otros Ingresos					
Estado Civil		Correo Electrónico			
Casada		lauraesperanza.reyes@gmail.com			
Marque con una (x), según corresponda, por su Perfil, Cargo o Profesión:					
¿Maneja Recursos Públicos?		SI	NO	¿Tiene Reconocimiento Público?	
☒		☐	☐	SI ☐ NO ☒	
¿Ejerce algún grado de Poder Público?		SI	NO	¿Es familiar de una persona públicamente expuesta?	
☐		☐	☒	SI ☐ NO ☒	
PERSONA JURÍDICA					
Nombre o Razón Social			Nit	DV	
Tipo de Empresa	Pública	Privada	Mista	Sector de la Economía	CIU
	☐	☐	☐		☐
Fecha de constitución en Cámara de Comercio			E-mail		
AAAA-MM-DD					
Dirección			Ciudad		
Teléfono (s)			Tiene Sucursales		
			SI ☐ NO ☐		
Representante Legal					
Nombre Completo					
CC	CE	TI	Otro	N°	
☐	☐	☐	☐		
Representante Legal			Teléfono		
Dirección					
Identificación de Accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, Aporte o Participación.					
Tipo ID	Número ID	Nombre Completo	¿Por su actividad o cargo goza de Reconocimiento Público, Poder Público y/o Recursos Públicos? Marque SI o NO y especifique.		
ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES					
¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera?		SI	NO	Cuál	
☐		☒	☐		
¿Posee productos Financieros en el Exterior?		SI	NO	Cuál	
☐		☒	☐		
Producto	Número Producto	Moneda	Monto	Entidad	País

Todos los espacios de este formulario deben quedar diligenciados, por lo tanto en aquellos que no tenga información por favor escriba N.A. (No aplica).



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.
3. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a la Financiación del Terrorismo.
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico o corrupción.
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Ingresos:

Apoyo Como Auxiliar Administrativo en Facturación Vigencias.

CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para prevenir y controlar el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular.
3. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. podrá terminar unilateralmente e inmediatamente el vínculo contractual, cuando el proveedor, colaborador, EAPB u otro, llegaren a:
 - * Estar vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, financiación del terrorismo, terrorismo, lavado de activos, testaferrato y/o tráfico de estupefacientes.
 - * Ser incluidos en listas vinculantes de acuerdo con lo estipulado en la Manual SARLAFT.
 - * Ser condenado por parte de las autoridades competentes por cualquiera de los delitos fuente del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo descritos en el Código Penal Colombiano.
4. Autorizo ser consultado en listas y/o bases de datos que permitan prevenir el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes.

Firmo el presente documento a los 15 días del mes de Diciembre del año 2017, en la ciudad de Bogotá.

HUELLA

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED SUR - INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN

Nombre Completo de quien verifica		Cargo	
Fecha de Verificación	AAAA-MM-DD	Hora	
		Firma	

Observaciones

--