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

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT — PM-GRI-FT-05

Fecha de Diligenciamiento: Día ____ Mes 12 Año 2017

Clase de Vinculacion: Proveedor [ ] Colaborador [ ] EAPB [ ] Otro [ ]

PERSONA NATURAL

Nombre Completo: Luz Myriam Alvarez Ramirez

CC [X] CE [ ] TI [ ] Otro [ ] Nº 1013578229

Fecha Nacimiento: Día 01 Mes 01 Año 1986 Lugar Nacimiento: Victoria Caldas.

Profesion Ocupacion u Oficio: Aux Administrativo Fecha Expedicion Documento: 30-04-2005

Dirección Residencia: Cll 9 # 7 4a -22 Sur Teléfono (s): 3132122980

Ingresos Mensuales: 1'500.000 Egresos Mensuales: 1.200.000

Otros Ingresos diferentes a la relacion contractual: SI [ ] NO [X] Otros Ingresos Mensuales: [ ]

Concepto Otros Ingresos: [ ]

Estado Civil: Union libre Correo Electrónico: luzmyriama1@gmail.com

Marque con una (x), según corresponda, por su Perfil, Cargo o Profesion:

¿Maneja Recursos Publicos? SI [X] NO [ ] ¿Tiene Reconocimiento Público? SI [ ] NO [ ]

¿Ejerce algún grado de Poder Publico? SI [ ] NO [ ] ¿Es familiar de una persona publicamente expuesta? SI [ ] NO [ ]

PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social: [ ] Nit [ ] DV [ ]

Tipo de Empresa: Publica [ ] Privada [ ] Mixta [ ] Sector de la Economia [ ] CIIU [ ]

Fecha de constitución en Camara de Comercio: [ ] E-mail: [ ]

Oficina Principal: Dirección [ ] Ciudad [ ]

Teléfono (s) [ ] Tiene Sucursales SI [ ] NO [ ]

Representante Legal: Nombre Completo [ ]

CC [ ] CE [ ] TI [ ] Otro [ ] Nº [ ]

Representante Legal: Dirección [ ] Teléfono [ ]

Identificación de Accionistas que tengan directa o indirectamente mas del 5% del Capital Social, Aporte o Participacion.

Tipo ID		Numero 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 [ ] Cual [ ]

¿Posee productos Financieros en el Exterior? SI [ ] NO [ ] Cual [ ]

Producto		Numero Producto	Moneda	Monto	Entidad	Pais	Ciudad

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

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

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT

DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesion u oficio de la persona Natural o Juridica es licita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilicitas de las contempladas en el Codigo 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 relacion contractual no se destinaran a la Financiación del Terrorismo.
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Publica cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promocion o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico o corrupcion.
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio):

Origen de Ingresos: Aux Administrativo

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 estandares 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 requerirá de una autorización de su titular.

3. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. podrá terminar unilateralmente e inmediatamente el vinculo 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 Codigo 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 leido, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes.

Firmo el presente documento a los _____ dias del mes de 12 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 Verificacion		Hora		Firma	
Observaciones					