

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 11		Mes 12		Año 2017			
Clase de Vinculación		Proveedor ☐		Colaborador ☒		EAPB ☐		Otro ☐	
PERSONA NATURAL									
Nombre Completo YURANI PAOLA PEÑALOZA HUERTAS									
CC ☒		CE ☐		TI ☐		Otro ☐		N° 20.686.607	
Fecha Nacimiento		Día 09		Mes 05		Año 1985		Lugar Nacimiento BOGOTA	
Profesión, Ocupación u Oficio TECNICO ADMINISTRATIVO									
Fecha Expedición Documento 05/08/2003									
Dirección Residencia		CR17L 78-33 SUR				Teléfono (s)		3134520484-7924307	
Ingresos Mensuales		\$ 1.888.336				Egresos Mensuales		\$ 1.888.336	
Otros Ingresos diferentes a la relación contractual		SI ☐		NO ☒		Otros Ingresos Mensuales		N/A	
Concepto Otros Ingresos N/A									
Estado Civil		SOLTERO				Correo Electrónico Yuranipao2006@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		N/A		Nit		N/A		DV N/A	
Tipo de Empresa		Pública N/A		Privada N/A		Mixta N/A		Sector de la Economía N/A	
Fecha de constitución en Cámara de Comercio		N/A		AAAA-MM-DD		E-mail		N/A	
Oficina Principal		Dirección		N/A		Ciudad		N/A	
Representante Legal		Nombre Completo		N/A		Tiene Sucursales		SI ☐ NO ☒	
CC ☐		CE ☐		TI ☐		Otro ☐		N/A	
Representante Legal		Dirección		N/A		Teléfono		N/A	
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.			
N/A		N/A		N/A		N/A			
N/A		N/A		N/A		N/A			
N/A		N/A		N/A		N/A			
ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES									
¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera?		SI ☐		NO ☒		Cuál		N/A	
¿Posee productos Financieros en el Exterior?		SI ☐		NO ☒		Cuál		N/A	
Producto		Número Producto		Moneda		Entidad		País	
N/A		N/A		N/A		N/A		N/A	
N/A		N/A		N/A		N/A		N/A	
N/A		N/A		N/A		N/A		N/A	

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).



FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT

Declaro expresamente que:

Declaro expresamente que:

- Origen de Ingresos:**

CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES

- FIRMA Y HUELLELLA

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 11 días del mes de DICIEMBRE del año 2017, en la ciudad de Bogotá



FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

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

Nombre Completo de
quien verifica

**JORGE HERNAN
ROJAS**

Cargo

REFERENTE DE
FACTURACION

Fecha de Verificación

2017/-12/19

Hora

Firma

Observaciones