	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT	PM-GRI-FT-05

Fecha de Diligenciamiento — Día: 18 — Mes: 12 — Año: 2017

Clase de Vinculación — Proveedor: [ ] Colaborador: [ ] EAPB: [ ] Otro: [ ]

PERSONA NATURAL

Nombre Completo: ANGELA DEL PILAR GAMA DAZA

CC: [X] CE: [ ] TI: [ ] Otro: [ ] N°: 52955144

Fecha Nacimiento — Día: 25 Mes: 04 Año: 1983 — Lugar Nacimiento: BOGOTA

Profesión, Ocupación u Oficio: [ ] — Fecha Expedición Documento: 10-JULIO-2001

Dirección Residencia: [ ] — Teléfono (s): 5200687

Ingresos Mensuales: 1.506.213= — Egresos Mensuales: 1.000.000 =

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

Concepto Otros Ingresos: [ ]

Estado Civil: CASADA — Correo Electrónico: angela.gamad@gmail.com

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

¿Maneja Recursos Públicos? SI: [ ] NO: [ ] — ¿Tiene Reconocimiento Público? SI: [ ] NO: [X]

¿Ejerce algún grado de Poder Público? SI: [ ] NO: [X] — ¿Es familiar de una persona publicamente expuesta? SI: [ ] NO: [X]

PERSONA JURÍDICA

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

Tipo de Empresa — Pública: [ ] Privada: [ ] Mixta: [ ] — Sector de la Economía: [ ] CIIU: [ ]

Fecha de constitución en Cámara de Comercio: [ ] — E-mail: [ ]

Oficina Principal — Dirección: [ ] — Ciudad: [ ]

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

Representante Legal — Nombre Completo: [ ]

CC: [ ] CE: [ ] TI: [ ] Otro: [ ] N°: [ ]

Representante Legal — Dirección: [ ] — Teléfono: [ ]

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: [ ]

¿Poseé productos Financieros en el Exterior? SI: [ ] NO: [ ] Cuál: [ ]

Producto		Número Producto	Moneda	Monto	Entidad	País	Ciudad

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).

7