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

FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE – PERSONA NATURAL

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 02-06-2022 | CIUDAD: BOGOTA | DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

Diligenciado Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1 de la Circular Externa No. 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud, La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL
		X			N/A

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VASQUEZ	VELASQUEZ	FABIO	ALEXANDER

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No. IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C X C.E R.C NUIP	79703124	BOGOTA	18-05-1983
PASAPORTE OTRO		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAÍS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
23-01-1975	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X UNION LIBRE CASADO(A) VIUDO(A) DIVORCIADO(A)		01	3053010120772

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA	PROFESIÓN / OFICIO
MAGISTER POSGRADO UNIVERSITARIO BACHILLER X PRIMARIA CUAL: TÉCNICO X TECNÓLOGO OTRO	

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	PAÍS RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA
CALLE 58 SUR # 17a18	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	9078722

CORREO ELECTRÓNICO	PORTAL O PÁGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
alexvasquez1897@gmail.com		PROPIA FAMILIAR X		ARRENDADA

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C C.E R.C NUIP			
PASAPORTE OTRO CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO		NACIONALIDAD

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA

ASALARIADO ESTUDIANTE HOGAR PENSIONADO				
SOCIO CONTRATISTA X COMERCIANTE EMPLEADO PUBLICO				CUAL
PROFESIONAL INDEPENDIENTE EMPLEADO/ SOCIO OTRA				

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARA RENTA		IVA		ICA		PROFESION U OCUPACION / ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI		SI		SI		
		NO		NO		NO	PRINCIPAL	SECUNDARIA

GRAN CONTRIBUYENTE	AGENTE RETENEDOR	AGENTE AUTORETENEDOR
SI NO	SI NO	SI NO

FUNCIONARIO PÚBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI NO X	SI NO X	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO	COMERCIAL	SERVICIOS	SALUD	CIIU

EXPORTACIONES AGRÍCOLA ENERGÉTICA FINANCIERA TRANSPORTE TECNOLOGÍA ALIMENTOS MEDICAMENTOS

OTRA CUAL: