Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT-011
VERSIÓN: 04
FECHA: 2021-04-26

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FECHA:	27.04.2023	CIUDAD:	BOGOTA DC	DEPARTAMENTO:	BOGOTA DC

Distinguido 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 Centro Oriente 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:	N/A
		X				

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
HERNANDEZ	BUENO	DIEGO	FERNANDO

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1.032.376.556	BOGOTA DC	BOGOTA DC	17.12.2004
PASAPORTE	OTRO	CUAL:		N/A	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X	NO	

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
01.12.1986	BOGOTA DC	BOGOTA DC	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)					PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO FIJO/ CELULAR
SOLTERO(A)	CASADO(A)	DEVORCIADO(A)	UNION LIBRE X	VIUDO(A)	2	2	3184013079

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)						PROFESION/ OFICIO
PRIMARIA	BACHILLER	TECNICO X	TECNOLOGO	CUAL:	N/A	CONTRATISTA
UNIVERSITARIO	POSTGRADO	MAGISTER	OTRO			

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
DIAGONAL 53 SUR # 60 - 60	BOGOTA DC	BOGOTA DC	COLOMBIA	3184013079

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)		
diegotrabajo8612@hotmail.com	N/A	PROPIA	FAMILIAR X	ARRENDADA

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CASTELLANOS	RODRIGUEZ	DIANA	N/A

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)	
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	52.752.226	BOGOTA DC	BOGOTA DC	20.03.2003	
PASAPORTE	OTRO	CUAL:		N/A	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X	NO	NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		ICA		CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)			
		SI		SI		SI		PRINCIPAL: 7490	SECUNDARIA: 8692	
		NO X		NO X		NO X				

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

FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	NIT
SI	NO X	SI	NO X	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOSDE SALUD SUR OCCIDENTE ESE	900.959.048-4

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA											
GOBIERNO		COMERCIAL		SERVICIOS		SALUD X		ENERGIA		ALIMENTOS	
EXPORTACIONES		FINANCIERA		MEDICAMENTOS		AGROPECUARIA		INDUSTRIAL		TECNOLOGIA	
OTRA :											

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 9 # 39 - 46	7.560.505	BOGOTA DC	BOGOTA DC	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR EN ENFERMERIA	FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)	06.05.2022

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS $)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	0	GASTOS FAMILIARES	600.000	AHORROS	0	SALDO HIPOTECA	0
HONORARIOS	1.879.000	ARRIENDOS	0	INVERSIONES	0	TARJETAS DE CREDITO	0
ARRIENDOS	0	CUOTA VEHICULO	0	VEHICULOS	0	DEUDA VEHICULOS	0
COMISIONES	0	CUOTA VIVIENDA	0	PROPIEDADES	0	DEUDAS TERCEROS	0
OTROS INGRESOS*	500.000	OTROS EGRESOS*	700.000	OTROS ACTIVOS*	0	OTROS PASIVOS*	0
TOTAL INGRESOS	**2.379.000**	**TOTAL EGRESOS**	**1.300.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**0**	**TOTAL PASIVOS**	**0**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	N/A	N/A	N/A

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GIRALDO	**N/A**	**YENI**	**N/A**
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
BOGOTA DC	**BOGOTA DC**	**AMIGA**	**3192320703** **N/A**

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	AHORROS	8090531487	BOGOTA DC	7425980

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ **(Marcar con X)**

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

IMPORTACION	EXPORTACION	TRANSFERENCIA	PAGO SERVICIOS	PRESTAMO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☐	☐	☐	☐	**N/A**

8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)

POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE			CORRESPONDECIA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☐	MERCADEO ☐	INTERNET ☐	BASE DE DATOS ☒	EVENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL:	N/A	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☐	INVITACION A COTIZAR ☐	PORTAL WEB SUBRED ☐	LLAMADA TELEFONICA ☐	PORTALES EMPLEO ☐

9. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

AUXILIAR EN ENFERMERIA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique)

3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.

5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento, modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia legible de la tarjeta profesional del Contador Público.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo año, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

11. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTES DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 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, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizado, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Si desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

11. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Diego Fdo. Hernández Bueno.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA				**13. VERIFICACION DE LA INFORMACION**			
1.Fecha y Hora:		**2. Ciudad**		**1. Fecha y Hora:**		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario Subred				**3. Nombre y Cargo (Contraparte)**			
4. Lugar de la Entrevista:				**4. Lugar de la verificación:**			
5. Observaciones:				**5. Observaciones:**			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		**6. Firma y No Cédula:**			
7. Firma y Cédula				**7. Nombre Apellidos Funcionario Subred**			
8. Proceso Responsable Subred				**8. Proceso Responsable Subred**			

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO** **INSTRUCTIVO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL**	**CÓDIGO: ET-CA-FT-011** **VERSIÓN: 04** **FECHA: 2021-04-26**

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO *Todos los campo son obligatorios*

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FECHA: Fecha de diligenciamiento y presentación del formato

CIUDAD: Ciudad de Diligenciamiento

DEPARTAMENTO: Departamento de diligenciamiento

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

Marque con una X según corresponda, el tipo de vinculación que tendrá con la Subred Centro Oriente

PROVEEDOR: Si provee o suministra bienes o servicios

PARTICULAR: NO DILIGENCIAR

CONTRATISTA OPS: Si su vinculación es como persona natural para prestación de servicios

SERVIDOR PUBLICO: Si su vinculación es como personal de planta de la Institución

OTRO - CÚAL: Diligencie en caso de tener un tipo de vinculación diferente a los mencionados

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

Diligencie sus datos tal y como aparecen en su Cedula de Ciudadanía

PRIMER APELLIDO: Según su documento de identidad (Cédula de Ciudadanía o Cédula de Extranjería)

SEGUNDO APELLIDO: Según su documento de identidad (Cédula de Ciudadanía o Cédula de Extranjería)

PRIMER NOMBRE: Según su documento de identidad (Cédula de Ciudadanía o Cédula de Extranjería)

SEGUNDO NOMBRE: Según su documento de identidad (Cédula de Ciudadanía o Cédula de Extranjería)

Diligencia según corresponda tal y como aparece en su Documento de Identidad

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X): Según su documento de identidad (Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, Registro Civil, NIUP o Pasaporte)

OTRO - CUAL: Diligencie si tiene un tipo de identificación diferente a los mencionados

No IDENTIFICACION: Según su documento de identidad (Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, Registro Civil, NIUP o Pasaporte)

LUGAR DE EXPEDICIÓN: Según su documento de identidad (Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, Registro Civil, NIUP o Pasaporte)

ES RESIDENTE EN COLOMBIA: Marcar con X si reside o no en Colombia

FECHA NACIMIENTO DD/MM/AAAA: Según su documento de identidad (Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, Registro Civil, NIUP o Pasaporte)

LUGAR NACIMIENTO: Según su documento de identidad (Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, Registro Civil, NIUP o Pasaporte)

PAIS NACIMIENTO: Según su documento de identidad (Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, Registro Civil, NIUP o Pasaporte)

NACIONALIDAD: Según su documento de identidad (Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, Registro Civil, NIUP o Pasaporte)

Diligencie y marque con una X según corresponda su situación de Estado Civil

ESTADO CIVIL (Marcar Con X): Marcar con una X el estado civil según corresponda

SOLTERO(A)

CASADO(A)

DEVORCIADO(A)

UNION LIBRE

VIUDO(A)

PERSONAS A CARGO: Numero de Personas que dependen de usted

NUMERO DE HIJOS: numero de hijos

TELEFONO FIJO/ CELULAR: Registrar número de teléfono fijo y móvil de contacto

Diligencie según corresponda su nivel de estudios y Profesión u oficio

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X): Nivel de estudios según corresponda

PRIMARIA

BACHILLER

TECNICO

TECNOLOGO

UNIVERSITARIO

POSTGRADO

MAGISTER

OTRO - CUAL: Escriba si tiene un Nivel de estudios diferente a los ya nombrados

PROFESION/OFICIO: Profesión u oficio al que se dedica actualmente

Diligencie su información personal con la información que corresponda

DIRECCION RESIDENCIA: Dirección donde reside actualmente

CIUDAD RESIDENCIA: Ciudad en la que reside actualmente

DEPARTAMENTO: Departamento en el que reside actualmente

PAIS RESIDENCIA: País en el que reside actualmente

TELEFONO RESIDENCIA: Teléfono de su residencia

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: Correo electrónico

PORTAL O PAGINA INTERNET: Página web (si aplica)

TIPO DE VIVIENDA(Marca con X): Marque con una X en que tipo de vivienda en el que reside

PROPIA

FAMILIAR

ARRENDADA

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene): Dirección de su empresa o establecimiento (si aplica)

CIUDAD: Ciudad de su empresa o establecimiento

DEPARTAMENTO: Departamento de su empresa o establecimiento

PAIS: País de su empresa o establecimiento

TELEFONO/FAX: Teléfono, fax o celular de su empresa o establecimiento

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO** **INSTRUCTIVO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL**	**CÓDIGO: ET-CA-FT-011** **VERSIÓN: 04** **FECHA: 2021-04-26**

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO *Todos los campo son obligatorios*
2. DATOS DEL CONYUGE
Diligencie la información de cónyuge según corresponda y si aplica
PRIMER APELLIDO: Primer apellido del cónyuge o compañero/a permanente
SEGUNDO APELLIDO: Segundo apellido del cónyuge o compañero/a permanente
PRIMER NOMBRE: Primer nombre del cónyuge o compañero/a permanente
SEGUNDO NOMBRE: Segundo nombre del cónyuge o compañero/a permanente
TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X): Marque con una X el tipo de identificación de su cónyuge o compañero/a permanente (Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, Registro Civil, NIUP o Pasaporte)
OTRO - CUAL: Escriba si su cónyuge o compañero/a permanente tiene un tipo de identificación diferente a los ya nombrados
NUMERO IDENTIFICACION: Numero de identificación de su cónyuge o compañero/a permanente (tal y como aparece en el documento de identificación
LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento): Lugar de expedición del documentos de identificación de su cónyuge o compañero/a permanente (tal y como aparece en el documento de identificación
FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA): Fecha de expedición del documentos de identificación de su cónyuge o compañero/a permanente (tal y como aparece en el documento de identificación
ES RESIDENTE EN COLOMBIA: Marcar con X si su cónyuge o compañero/a permanente reside o no en Colombia
NACIONALIDAD: Nacionalidad de su cónyuge o compañero/a permanente
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):
Diligencie su información de Actividad Económica según corresponda y si aplica (tenga en cuenta que la información registrada debe ser igual al certificado de Cámara de Comercio y RUT)
INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X): Marque con una X el tipo de Actividad Económica a la que se dedica actualmente
ASALARIADO
CONTRATISTA
PENSIONADO
ESTUDIANTE
SOCIO
PROFESIONAL INDEPENDIENTE
HOGAR
COMERCIANTE
EMPLEADO SOCIO
EMPLEADO PUBLICO
OTRA - CUAL: Diligencie, en caso de tener una actividad económica diferente a las mencionadas
DECLARA RENTA: Marque SI o NO, según sea o no responsable del Impuesto sobre la renta y complementario según RUT
IVA: Marque SI o NO, según sea o no responsable del Impuesto sobre las Ventas según el RUT
ICA: Marque SI o NO, según sea o no responsable del Impuesto de Industria y Comercio, Avisos y Tableros, según normatividad de su municipio
CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONÓMICA (DIGITAR CÓDIGO): Registre Códigos CIIU Actividad Económica principal y secundaria (según las registradas en el Rut y/o Certificado de Cámara de comercio, el cual deben ser iguales)
GRAN CONTRIBUYENTE: Marque Si o No es Gran Contribuyente, según el RUT
AGENTE RETENEDOR: Marque Si o No es Agente Retenedor, según el RUT
AGENTE AUTO RETENEDOR: Marque Si o No es Agente Autor retenedor, según el RUT
DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)(Marcar Con X) DECRETO 1674 de 2016.
FUNCIONARIO PUBLICO: Marque Si o No, ejerce como Funcionario Publico en la actualidad
ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS: Marque SI o NO administra recursos públicos
Diligencie su información de Actividad Económica según corresponda y si aplica (tenga en cuenta que la información registrada debe ser igual al certificado de Cámara de Comercio y/o RUT)
NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA: Diligencie el Nombre de la Empresa o Negocio donde trabaja actualmente
NIT: Nit de la empresa según RUT
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: (Marcar Con X): Marque con una X el tipo de Actividad Económica de la Empresa según Registro Cámara de Comercio, RUT y CIIU
GOBIERNO
COMERCIAL: Si su objeto principal es la comercialización de bienes tangibles
SERVICIOS: Si su objeto principal es la prestación de servicios intangibles
SALUD: Si su objeto principal es la prestación de servicios de salud humana
ENERGÍA: Si su objeto principal es la explotación de recursos energéticos
ALIMENTOS: Si su objeto principal es la producción y comercialización de productos alimenticios
EXPORTACIONES
FINANCIERA: Si su objeto principal es la prestación de servicios financieros
MEDICAMENTOS: Si su objeto principal es la producción y/o comercialización de productos farmacéuticos
AGROPECUARIA: Si su objeto principal es la producción y comercialización de bienes agropecuarios
INDUSTRIAL: Si su objeto principal es la producción de bienes
TECNOLOGÍA: Si su objeto principal es la producción de bienes y/o servicios tecnológicos
OTRA: Diligencie en caso de tener una Actividad Económica diferente a las mencionadas anteriormente
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: Dirección principal de la Empresa según Cámara de Comercio
TELÉFONO FIJO/CELULAR: Registrar número de teléfono fijo y móvil de contacto de la Empresa donde trabaja
CIUDAD/MUNICIPIO: Ciudad ubicación de la sucursal o agencia de la empresa
DEPARTAMENTO: Diligencie el Departamento de la Empresa donde trabaja
PAÍS: País ubicación de la sucursal o agencia de la empresa
CARGO ACTUAL: Diligencie el cargo que tiene en la Empresa donde trabaja
FECHA VINCULACIÓN DD-MM-AAAA): Diligencie la fecha de su vinculación con la Empresa con la que trabaja actualmente

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO *Todos los campo son obligatorios*

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (Diligencie si aplica)

Diligencie la información de su Empresa o Negocio si aplica

NUMERO DE EMPLEADOS: Numero de empleados de su Empresa

VENTAS ANUALES: promedio de Ventas Anuales

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL: Registre Códigos CIIU Actividad Económica principal (según las registradas en el Rut y/o Certificado de Cámara de comercio)

DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD: Describa su Actividad Económica, como aparece en el Certificado de Cámara de Comercio y/o Rut

FECHA CONSTITUCIÓN (DD-MM-AAAA): Diligencie la fecha de constitución de su empresa y/o inicio de actividad económica como persona natural, como aparece en el Certificado de Cámara de Comercio **y/o Rut**

TIPO SOCIEDAD: Diligencie el tipo de Sociedad de su Empresa **(no aplica para personas naturales independientes)**

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS $):
(CONFORME A LOS ESTADOS FINANCIEROS SOLICITADOS EN EL PLIEGO DE CONDICIONES DEL PROCESO CONTRACTUAL)

Diligencie la siguiente información de acuerdo a sus estados financieros del ultimo año fiscal. (Recuerde que la información solicitada es mensual)

INGRESOS MENSUALES: Correspondiente a los Ingresos Netos Totales Anuales (originados en la realización de su actividad económica principal) / dividido en 12 meses (si su actividad económica lleva menos de 12 meses, divida el total de ingresos operacionales entre el número de meses que lleve de operación)

SALARIOS: Correspondiente a Salarios percibidos durante el ultimo año / dividido en 12 meses (si es menor de 12 meses, divida el total de ingresos por salario entre el número de meses que lleve de operación)

HONORARIOS: Correspondiente a Honorarios percibidos durante el ultimo año / dividido en 12 meses (si es menor de 12 meses, divida el total de los honorarios entre el número de meses que lleve de operación)

ARRIENDOS: Correspondiente a Arriendos percibidos durante el ultimo año / dividido en 12 meses (si es menor de 12 meses, divida el total de ingresos por arriendos entre el número de meses que lleve de operación)

COMISIONES: Correspondiente a Comisiones percibidos durante el ultimo año / dividido en 12 meses (si es menor de 12 meses, divida el total de comisiones entre el número de meses que lleve de operación)

OTROS INGRESOS*: Correspondiente a Ingresos diferentes a su Actividad Económica percibidos durante el ultimo año / dividido en 12 meses (si es menor de 12 meses, divida el total de otros ingresos entre el número de meses que lleve de operación)

TOTAL INGRESOS: Sumatoria de sus Ingresos Mensuales del ultimo año / dividido en 12 meses (si es menor de 12 meses, divida el total de ingresos entre el número de meses que lleve de operación)

DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS: Explicar a que corresponden los Ingresos generados de otras actividades (rendimientos financieros, diferencia en cambio, recuperaciones, indemnizaciones, etc.)

EGRESOS MENSUALES: Correspondiente a los Egresos Netos Totales Anuales (originados en la realización de su actividad económica principal) / dividido en 12 meses (Debe tenerse en cuenta Costo de Ventas, Gastos de Administración, Gastos de Ventas, entre otros que cumplan la condición de ser gastos operacionales)

GASTOS FAMILIARES: Correspondiente a Gastos familiares durante el ultimo año / dividido en 12 meses

ARRIENDOS: Correspondiente a Gastos por arriendos durante el ultimo año / dividido en 12 meses

CUOTA VEHÍCULO: Correspondiente a Cuotas por crédito vehicular durante el ultimo año / dividido en 12 meses (si aplica)

CUOTA VIVIENDA: Correspondiente a Cuotas por crédito de vivienda durante el ultimo año fiscal / dividido en 12 meses (si aplica)

OTROS EGRESOS*: Correspondiente a Egresos diferentes a su actividad económica durante el ultimo año / dividido en 12 meses

TOTAL EGRESOS: Sumatoria de sus Egresos Mensuales del ultimo año / dividido en 12 meses

DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS: Explicar a que corresponden los Egresos generados de otras actividades (gastos financieros, diferencia en cambio, otros gastos, etc.)

ACTIVOS: Correspondiente al Total de Activos que posee, según estados financieros (bienes y derechos susceptibles de ser medidos en dinero)

AHORROS: Correspondiente al total de sus ahorros (parte del ingreso que no se destina al gasto y que se reserva para necesidades futuras)

INVERSIONES: Correspondiente al total de sus inversiones (cantidad limitada de dinero que se pone a disposición de terceros, de una empresa o de un conjunto de acciones, con la finalidad de que se incremente con las ganancias que genere ese proyecto)

VEHÍCULOS: Correspondiente a vehículos a su nombre (activos movibles corresponden a los bienes)

PROPIEDADES: Correspondiente al total de propiedades a su nombre (activos tangibles que posee)

OTROS ACTIVOS*: Correspondiente al total de sus activos por diferentes conceptos

TOTAL ACTIVOS: Sumatoria del total de sus Activos del ultimo año

DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS: Describa a que corresponden sus Activos diferentes a su Actividad Económica

PASIVOS: Correspondiente al Total de Pasivos que posee, según estados financieros (deudas u obligaciones susceptibles de ser medidos en dinero)

SALDO HIPOTECA: Correspondiente al total de deudas por Hipotecas

TARJETAS DE CRÉDITO: Correspondiente al total de sus deudas por Tarjetas de Crédito

DEUDA VEHÍCULOS: Correspondiente al total de sus deudas por Créditos Vehicular

DEUDAS TERCEROS: Correspondiente a Deudas por terceros o fiador

OTROS PASIVOS*: Correspondiente a deudas por diferentes conceptos

TOTAL PASIVOS: Sumatoria del total de sus Pasivos del ultimo año

DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS: Describa a que corresponden sus Pasivos diferentes a su Actividad Económica

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiares ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

Diligencie la siguiente información con una referencia personal localizable

PRIMER APELLIDO: Diligencie con el primer apellido de la persona que será su referencia personal

SEGUNDO APELLIDO: Diligencie con el segundo apellido de la persona que será su referencia personal

PRIMER NOMBRE: Diligencie con el primer nombre de la persona que será su referencia personal

SEGUNDO NOMBRE: Diligencie con el segundo nombre de la persona que será su referencia personal

DIRECCIÓN: Diligencie con la dirección de la persona que será su referencia personal

CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS: Diligencie con la información de la persona que será su referencia personal

TIPO RELACIÓN: Diligencie con el tipo de relación que comparte con la persona que será su referencia personal

TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR: Diligencie con el numero de teléfono de la persona que será su referencia personal / Diligencie con el numero de celular de la persona que será su referencia personal

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO** **INSTRUCTIVO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL**	**CÓDIGO: ET-CA-FT-011** **VERSIÓN: 04** **FECHA: 2021-04-26**

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO *Todos los campo son obligatorios*

7. REFERENCIA FINANCIERA

Diligencie con la Información de su Entidad Financiera principal

NOMBRE ENTIDAD: Registre nombre de la entidad financiera en la cual posee la cuenta de ahorros, corriente o compensación por medio de la cual recibe o envía recursos

TIPO DE PRODUCTO: Cuenta de ahorros, corriente o compensación por medio de la cual recibe o envía recursos

NUMERO: Registrar número de cuenta de ahorros, corriente o compensación por medio de la cual recibe o envía recursos

SUCURSAL: Sucursal donde tiene su producto

TELÉFONO: Numero de teléfono de su Entidad Bancaria

Marque con una X SI realiza o NO operaciones extranjeras

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA ? :(Marcar Con X): Marque con una X SI realiza o NO transacciones en moneda extranjera (Si su respuesta es afirmativa, diligencie la siguiente información)

Si realiza transacciones en moneda extranjera, diligencie la siguiente información

NOMBRE ENTIDAD: Registre nombre de la entidad financiera en la cual posee la cuenta de ahorros, corriente o compensación por medio de la cual recibe o envía recursos en moneda extranjera

TIPO DE PRODUCTO: Cuenta de ahorros, corriente o compensación por medio de la cual recibe o envía recursos en moneda extranjera

NUMERO: Registrar número de cuenta de ahorros, corriente o compensación por medio de la cual recibe o envía recursos en moneda extranjera

CIUDAD/PAÍS: Registre: a) la Ciudad y/o País de origen, si la transacción es de ingreso de divisas (por exportaciones, préstamos, etc.) y b) y registre la Ciudad y/o País de destino si la transacción es de pago o giro en moneda extranjera hacia el exterior. (pago importaciones, pago préstamos recibidos del exterior, giro de

MONEDA: Tipo de moneda en que se reciben las divisas o en el que se efectúan los pago o giros en el exterior

MONTO: Registre el monto total de las operaciones en la moneda extranjera en que realizó la transacción durante el año objeto de reporte (USS, Euros, Libras, Yuanes, etc.)

Tipo de transacción que realiza en el extranjero

IMPORTACIONES: Adquisición de bienes y servicios de un país diferente a Colombia

EXPORTACIONES: Venta de bienes y servicios con destino a clientes y/o consumidores ubicados en el exterior

TRASFERENCIAS: Giros en moneda extranjera a través de una entidad financiera desde y hacia el exterior

PAGOS SERVICIOS: Giros en moneda extrajera por pago de servicios desde y hacia el exterior

PRÉSTAMOS: Créditos obtenidos de entidades financieras o de cualquier otra índole, ubicadas en el exterior

OTRA, CUÁL: Defina y explique que tipo de transacción realiza diferente a las mencionadas anteriormente en moneda extranjera

8. INFORMACIÓN COMERCIAL (Marcar con X)

Marque con una X según corresponda como se haya enterado de los servicios de la Subred Centro Oriente

POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIÓ SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE: Marque con una X el medio por el cual conoció sobre los servicios de la Subred

CORRESPONDENCIA: Si recibió información de la Subred por medios o correspondencia física

PUBLICIDAD ENTIDAD: Si recibió información de la Subred por medio de publicidad de la entidad

MERCADEO: Si recibió información de la Subred a través de actividades de mercadeo o marketing

INTERNET: Si recibió información de la Subred a través de mensajes institucionales en la red

BASE DE DATOS: Si recibió información de la Subred a través de consulta de bases de datos pública o privada

EVENTOS: Si recibió información de la Subred a través de un evento publico, feria, evento de lanzamiento o campaña

REFERENCIADO CLIENTE NUEVO: Si recibió información de la Subred a través de un tercero no vinculado

REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO: Si recibió información de la Subred a través de un tercero vinculado a la Subred

INVITACIÓN A COTIZAR: Si recibió información de la Subred a través de una invitación a participar en los procesos de contratación

PORTAL WEB SUBRED : Si recibió información de la Subred por medio del ingreso a la pagina de la Subred

LLAMADA TELEFÓNICA: Si recibió información de la Subred a través de información telefónica

PORTALES EMPLEO: Si recibió información de la Subred a través de ofertas laborales o de vinculación contractual

OTRA - CUAL: Registre en caso de haber conocido por un canal diferente a las mencionadas anteriormente

9. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Lea atentamente y diligencie la casilla con la información de procedencia de los recursos que posee

Que los recursos que entregue y entregaré a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.): Explique las fuentes origen de sus recursos (EJ: venta de bienes y servicios en virtud del desarrollo del objeto social, aporte sociales, rendimientos financieros, dividendos, arrendamientos, donaciones, etc. Todos de origen licito)

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Lea atentamente y aporte los documentos requeridos y que se apliquen a su empresa en particular

Deberá aportar la totalidad de los documentos enunciados en el formulario, con los cuales se validara la información reportada en el mismo

11. FIRMA Y HUELLA

Firme e imprima su huella dactilar de manera legible

Firma Cliente / Representante Legal: Firma de la persona que acredite documentalmente la representación legal de la empresa

Huella Índice Derecho: Coloque la impresión de la huella dactilar con tinta indeleble de tal forma que quede clara, legible, sin tachones o repisada ni enmendaduras

NOTA: Verifique que al momento de escanear el documento, este quede en el tamaño carta original y la información consignada, firma y huella sean totalmente legibles

ESPACIOS 12 Y 13 NO DILIGENCIAR, SON DE USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

ESTE INSTRUCTIVO PODRÁ SER CONSULTADO EN : http://subredcentrooriente.gov.co/?q=sarlaft