

INSTRUCTIVO FORMATO SARLAFT

1. Debe diligenciar fecha, ciudad y país. Debe marcar como una X la opción de CONTRATISTA OPS

CIUDAD/ PAÍS Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:		Bogotá - Colombia - 10-11-2023	
1. CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)			
SERVIDOR PÚBLICO	<input type="checkbox"/>	CONTRATISTA OPS	<input checked="" type="checkbox"/>
PARTICULAR	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>
		CUAL:	

2. Debe diligenciar todos los espacios que están en amarillo, ya que son sus datos personales. En caso de que no aplique para usted debe diligenciar la casilla con N/A, ningún espacio puede quedar en blanco.

2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL			
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Gaura	Jazmin	Antonio	Tovar
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	IDENTIFICACIÓN	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN: (A/M/D)	LUGAR Y FECHA NACIMIENTO: (A/M/D)
CEDULA DE CIUDADANÍA <input checked="" type="checkbox"/> CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:	1019105558	2013-MARZO-14 BOGOTÁ	06-MARZO-1995 BOGOTÁ
ESTADO CIVIL		NUMERO DE HIJOS	PERSONAS A CARGO
SOLTERO(A) <input checked="" type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> OTRO CUAL:		1	1
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA		TELÉFONO CELULAR	
MAGISTER <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> BACHILLER <input checked="" type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:		3025982804	
DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO RESIDENCIA	PAÍS RESIDENCIA
Carrera 154 C. # 131 b21	Bogotá	Cundinamarca	Colombia
CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA	
Jazmin.tovar.0508@gmail.com	N/A	PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input checked="" type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:
			TELÉFONO/FAX

3. En caso de no tener conyugue/compañero deberá diligenciar el espacio como N/A, en caso de si tener conyugue/compañero debe relacionar la información solicitada.

3. DATOS DEL CÓNYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE				
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
N/A	N/A	N/A	N/A	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN	LUGAR Y FECHA EXPEDICIÓN:(A/M/D)	LUGAR Y FECHA NACIMIENTO:(A/M/D)
CEDULA DE CIUDADANÍA <input type="checkbox"/>		N/A	N/A	N/A
CEDULA DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/>				
PASAPORTE <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____			

4. Deberá marcar con una X la opción otro y en cual debe indicar NUEVA VINCULACIÓN, en el espacio "Código CIU actividad económica principal" debe relacionar la actividad económica que este en el RUT.
- El resto de espacios debe diligenciarlos con N/A.

4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA: (ULTIMO PERIODO DECLARADO)				
EMPLEADO PUBLICO <input type="checkbox"/>	PENSIONADO <input type="checkbox"/>	CONTRATISTA <input type="checkbox"/>	PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	OTRO <input checked="" type="checkbox"/> CUAL: NUEVA VINCULACION
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE SEÑALE CON UNA EQUIS (X)				
DECLARA RENTA <input type="checkbox"/>	AGENTE RETENEDOR <input type="checkbox"/>	IVA <input type="checkbox"/>	ICA <input type="checkbox"/>	
GRAN CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/>	AGENTE AUTORETENEDOR <input type="checkbox"/>	CÓDIGO CIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: PRINCIPAL: 8699		
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		
SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA		
GOBIERNO <input type="checkbox"/>		FINANCIERA <input type="checkbox"/>		SERVICIOS <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO	CUIDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACIÓN		

5. En caso de que no aplique para usted debe diligenciar los espacios con N/A, en caso de que si aplique debe relacionar los datos

5. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO (Si aplica)					
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

6. Debe relacionar los datos solicitados, si no aplica para usted debe diligenciar todo con 0, recuerde que solo pueden ir valores numéricos.

6. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHÍCULO		VEHÍCULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 0	TOTAL EGRESOS	\$ 0	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0

- Debajo de cada espacio deberá diligenciarlo como se demuestra a continuación

DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS
NUEVA VINCULACION	NUEVA VINCULACION	NUEVA VINCULACION	NUEVA VINCULACION

7. Se debe relacionar una referencia personal y diligenciar todos los campos.

7. 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
Castro	Garrillo	Yonatan	
DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSIÓN/CELULAR
Suba-Villa Cindy	Bogotá-Gundina/malo-Colombia	Amigos	200 2000 425

8. Debe relacionar la cuenta bancaria a la que se le consignaran los honorarios.

8. REFERENCIA FINANCIERA				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	NUMEROSAL	TELÉFONO
Dauvienda	Cuenta de ahorros	488440568761	Dauvienda móvil	3025982804

- Debe indicar si realiza o no transacciones monetarias, en caso de que si relacionar la información solicitada y si su respuesta es NO, debe diligenciar los espacios con N/A.

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:					
		SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>		
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

9. Debe relacionar el perfil con el que se contratara (recuerde que este lo encontrara en el cuerpo del correo)

9. DECLARACIÓN 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 NORTE 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 y/o elementos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

10. Recuerde que debe firmar y colocar su huella

13. FIRMA Y HUELLA

SE FIRMA EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO SU CONTENIDO. SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES.


Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho