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

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT

PM-GSI-FT-05

Fecha de Diligenciamiento: Día ____ Mes ____ Año ____

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

PERSONA NATURAL

Nombre Completo: Hector Forney Cadavid Cifuentes.

CC [X] CE [ ] TI [ ] Otro [ ] Nº 1022952672

Fecha Nacimiento: Día 31 Mes 07 Año 1989 Lugar Nacimiento: Bogotá. D.C

Profesión, Ocupación u Oficio: Conductor. Fecha Expedición Documento: 01-08-2007.

Dirección Residencia: Cra 70K bis #57a-28 sur. Teléfono (s): 3059163169

Ingresos Mensuales: 1.850.000 Egresos Mensuales: 1.500.000

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

Concepto Otros Ingresos:

Estado Civil: Union libre Correo Electrónico: Fcanlenas0229@gmail.com

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

¿Maneja Recursos Públicos? SI [ ] NO [X] ¿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 JURIDICA

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 [ ] Nº

Representante Legal: Dirección: Teléfono:

Identificación de Accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, Aporte o Participación

Tipo ID	Numero 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:

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

Producto	Número Producto	Moneda	Monto	Entidad	País	Ciudad

Todos los espacios de este formulario deben estar diligenciados, por lo tanto en aquellos que no tenga información por favor escriba N.A. (No aplica).

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

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.
3. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a la Financiación del Terrorismo.
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico o corrupcion.
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Ingresos:	Conductor

CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para prevenir y controlar el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) de la Ley 1581 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.

3. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. podrá terminar unilateralmente e inmediatamente el vínculo contractual, cuando el proveedor, colaborador, EAFB u otro, llegaren a:

* Estar vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, financiación del terrorismo, terrorismo, lavado de activos, testaferrato y/o tráfico de estupefacientes.
* Ser incluidos en listas vinculantes de acuerdo con lo estipulado en la Manual SARLAFT.
* Ser condenado por parte de las autoridades competentes por cualquiera de los delitos fuente del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo descritos en el Código Penal Colombiano.

4. Autorizo ser consultado en listas y/o bases de datos que permitan prevenir el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

FIRMA Y HUELLA

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 03 días del mes de 01 del año 2020, en la ciudad de Bogotá



HUELLA

Ferney Cardenas

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

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

Nombre Completo de quien verifica				Cargo	
Fecha de Verificación	AAAA-MM-DD		Hora	Firma	
Observaciones					