

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS SARLAFT		PM-GS-FI-05	
Fecha de Diligenciamiento		Día <u>19</u> Mes <u>11</u> Año <u>2017</u>	
Clase de Vinculación		Proveedor ☐ Colaborador ☐ EAPS ☐ Otro ☐	
Nombre Completo <u>NOHORA GUERRERO PRAZ.</u>			
CC ☒ CE ☐ TI ☐ Otro ☐		N° <u>52.365.612.</u>	
Fecha Nacimiento		Día <u>11</u> Mes <u>05</u> Año <u>1976</u> Lugar Nacimiento <u>BOGOTÁ.</u>	
Profesión, Ocupación u Oficio <u>AUX. ADMNISTRATIVO</u>		Fecha Expedición Documento <u>31-OCT-1994</u>	
Dirección Residencia <u>TRANS N° 4B N 30 SUR.</u>		Teléfono (s) <u>3202544175</u>	
Ingresos Mensuales <u>1.500.000 =</u>		Egresos Mensuales <u>900.000 =</u>	
Otros ingresos diferentes a la relación contractual		SI ☐ NO ☒ Otros Ingresos Mensuales	
Concepto Otros Ingresos			
Estado Civil <u>SOLTERA.</u>		Correo Electrónico <u>nguerrero@msol.com.co</u>	
Marque con una (x), según corresponda, por su Perfil, Cargo o Profesión:			
¿Maneja Recursos Públicos?		SI ☐ NO ☒	
¿Ejerce algún grado de Poder Público?		SI ☐ NO ☒	
¿Tiene Reconocimiento Público?		SI ☐ NO ☒	
¿Es familiar de una persona públicamente expuesta?		SI ☐ NO ☒	
Nombre o Razón Social			
Tipo de Empresa		Nº	
Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Sector de la Economía		DV	
Fecha de constitución en Cámara de Comercio		CIU	
AAAA-MM-DD		E-mail	
Oficina Principal		Ciudad	
Dirección		Tiene Sucursales	
Teléfono (s)		SI ☐ NO ☐	
Representante Legal			
Nombre Completo		CC ☐ CE ☐ TI ☐ Otro ☐	
Representante Legal		N°	
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.	
¿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	

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.		
FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS SARLAFT			
<p>Declaro expresamente que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 corrupción. 5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): 			
<p>Origen de ingresos: AUX. ADMINISTRATIVO ARE DE AUTORIZACIONES.</p>			
<ol style="list-style-type: none"> 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 requerirá 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, EAPB u otro, llegaren a: <ul style="list-style-type: none"> * Estar vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, financiación del terrorismo, terrorismo, lavado de activos, 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. 			
<p>Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes.</p> <p>Firmo el presente documento a los <u>19</u> días del mes de <u>DICIEMBRE</u> del año <u>2017</u>, en la ciudad de <u>BOGOTÁ</u>.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <p>HUELLA</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL</p> </div> </div>			
Nombre Completo de quien verifica	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
Fecha de Verificación	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;">AAAA-MM-DD</div>	Hora	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
Observaciones	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>		