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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	NIT
SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐		

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)	

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS $)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		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

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

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
Doncal	Vargas	Jorge	Leonardo
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Calle 61 # 17 A 57	Ibague (Tol)	Amigo	3153152647

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco Bogota	CTA Ahorros	212150809	Ramada	—

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

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTO

IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIA ☐	PAGO SERVICIOS ☐	PRESTAMO ☐	OTRO ☐	CUAL:	

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:	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":