

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT			PM-GRI-FT-05

Fecha de Diligenciamiento	Día 11	Mes Marzo	Año 2021
Clase de Vinculación	Proveedor ☒ Colaborador ☐	EAPB ☐	Otro ☐

PERSONA NATURAL

Nombre Completo			
CC <input type="text"/>	CE <input type="text"/>	TI <input type="text"/>	Otro <input type="text"/>
Fecha Nacimiento		Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>
Profesión, Ocupación u Oficio		Fecha Expedición Documento	
Dirección Residencia		Teléfono (s)	
Ingresos Mensuales		Egresos Mensuales	
Otros Ingresos diferentes a la relación contractual		SI ☐ NO ☐	Otros Ingresos Mensuales
Concepto Otros Ingresos			
Estado Civil		Correo Electrónico	

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

¿Maneja Recursos Públicos?	SI ☐ NO ☐	¿Tiene Reconocimiento Público?	SI ☐ NO ☐
¿Ejerce algún grado de Poder Público?	SI ☐ NO ☐	¿Es familiar de una persona públicamente expuesta?	SI ☐ NO ☐

PERSONA JURIDICA

Nombre o Razón Social		AST IMPREOSRES LTDA		Nit	900.405.872	DV	1
Tipo de Empresa	Pública ☐ Privada ☒ Mixta ☐	Sector de la Economía		DISEÑO GRAFICO	CIIU	1811	
Fecha de constitución en Cámara de Comercio		2011-04-07		E-mail	astimpresores@hotmail.com		
Dirección		cra 28 No 11-67 oficina 349		Ciudad	Bogotá		
Teléfono (s)		5103159 - 316 3026733		Tiene Sucursales	SI ☐ NO ☒		
Representante Legal		Nombre Completo ANDRES SIAUCHO TORRES					
CC	☒	CE	☐	TI	☐	Otro	☐
Representante Legal		Dirección		Teléfono			
		Cra 28 No 11-67 oficina 349		5103159 -316 3026733			

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.
CC	74369529	ANDRES SIAUCHO	80% NO
CC	1012346119	JENNIFER MELO	20% NO

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

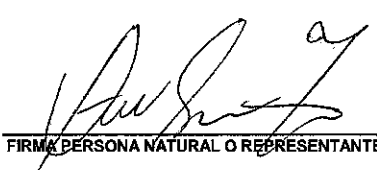
¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera?		SI ☐ NO ☒	Cuál	
¿Posee productos Financieros en el Exterior?		SI ☐ NO ☒	Cuál	

Producto	Número Producto	Moneda	Monto	Entidad	País	Ciudad

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

 <p>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Bogotá, Colombia</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT	
DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS		
<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): 		
Origen de Ingresos:	<p>Proviene de labores en diseño Gráfico</p>	

CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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:</p> <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, 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. <p>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>

FIRMA Y HUELLA
<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>11</u> días del mes de <u>MARZO</u> del año <u>2021</u>, en la ciudad de <u>BOGOTÁ</u>.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">  <div style="text-align: center;">  <p>FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL</p> </div> </div>

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED SUR - INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN				
Nombre Completo de quien verifica			Cargo	
Fecha de Verificación	AAAA-MM-DD	Hora		Firma
Observaciones				