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	PM-GRI-FT-05

Fecha de Diligenciamiento		Día	13	Mes	abril	Año	2021		
Clase de Vinculación	Proveedor	x	Colaborador		EAPB		Otro		

PERSONA NATURAL

Nombre Completo									
CC		CE		TI		Otro		N°	
Fecha Nacimiento	Día		Mes		Año		Lugar Nacimiento		
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 publicamente expuesta?	SI		NO

PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social	Colchones Happy Sleep SA					Nit	890.003.838	DV	8	
Tipo de Empresa	Pública		Privada	x	Mixta		Sector de la Economía	Secundario	CIIU	3120
Fecha de constitución en Cámara de Comercio	1986-11-20						E-mail	financiero@happysleep.com.co		
Oficina Principal	Dirección	Km 1 Vía El Edén					Ciudad	Armenia		
	Teléfono (s)	7476967					Tiene Sucursales	SI	x	NO
Representante Legal	Nombre Completo	Luis José Botero Vélez								
CC	x	CE		TI		Otro		N°	9.866.805	
Representante Legal	Dirección	Cl 20 9 50 Of 802 Ed Diario del Otún					Teléfono	7476967		

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.
			se anexa composición accionaria	

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera?	SI	x	NO		Cuál: Importación
¿Poseé productos Financieros en el Exterior?	SI		NO	x	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).

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:	Fabricación y comercialización de colchones y somieres.

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 vinculo contractual, cuando el proveedor, colaborador, EAPB 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 13 días del mes de abril del año 2021, en la ciudad de Armenia.



HUELLA

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

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					