

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS SARLAFT	
PM-GRI-FT-05	
Fecha de Diligenciamiento	Día <u>31</u> Mes <u>Marzo</u> Año <u>2021</u>
Clase de Vinculación	Proveedor ☐ Colaborador ☒ EAPB ☐ Otro ☐
PERSONA NATURAL	
Nombre Completo	
CC ☐ CE ☐ TI ☐ Otro ☐ N°	
Fecha Nacimiento	Día ☐ Mes ☐ Año ☐ Lugar Nacimiento <input type="text"/>
Profesión, Ocupación u Oficio	Fecha Expedición Documento <input type="text"/>
Dirección Residencia	Teléfono (s) <input type="text"/>
Ingresos Mensuales	Egresos Mensuales <input type="text"/>
Otros Ingresos diferentes a la relación contractual	SI ☐ NO ☐ Otros Ingresos Mensuales <input type="text"/>
Concepto Otros Ingresos	<input type="text"/>
Estado Civil	Correo Electrónico <input type="text"/>
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 JURÍDICA	
Nombre o Razón Social	Nit <u>800130856</u> DV <u>7</u>
Tipo de Empresa	Pública ☐ Privada ☒ Mixta ☐ Sector de la Economía <input type="text"/> CIU <u>4773</u>
Fecha de constitución en Cámara de Comercio	E-mail <u>gerencia@radriangel.com</u>
Oficina Principal	Dirección <u>Calle 57 # 18 - 36</u> Ciudad <u>Bogotá D.C</u>
Teléfono (s)	<u>(1) 3458296 - 3459059</u> Tiene Sucursales SI ☒ NO ☐
Representante Legal	Nombre Completo <u>Gloria Constanza Rodríguez Ángel</u>
CC ☒ CE ☐ TI ☐ Otro ☐ N°	<u>41.508.294</u>
Representante Legal	Dirección <u>Calle 57 # 18 - 36</u> Teléfono <u>(1) 3458296</u>
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.
C.C	<u>29592211</u> <u>Hector Mauricio Mejía R.</u> NO
C.C	<u>19358624</u> <u>Gabriel Polo Castellano</u> NO
C.C	<u>20005403</u> <u>Broceta de Jesús Ángel</u> NO
ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES	
¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera?	SI ☐ NO ☒ Cuál <u>Importaciones</u>
¿Posee productos Financieros en el Exterior?	SI ☐ NO ☐ Cuál <input type="text"/>
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).

**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 corrupción.
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Ingresos:

Venta, suministro, comercialización, importación y exportación de equipos
médicos, quirúrgicos, implantes, para cirugía general, para
clínicas, hospitales, laboratorios y consultorios médicos.

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 contenidas 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, 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 31 días del mes de Marzo del año 2021, en la ciudad de Bogotá D.C.

HUELLA

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

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

Nombre Completo de quien verifica

Fecha de Verificación

AAAA-MM-DD

Hora

Cargo

Firma

Observaciones



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

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

DECLARACIÓN DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y LA
FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO

PM-GRI-FT-06

En cumplimiento de las políticas de Prevención del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo adoptadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.,

Yo, Hector Mauricio Mejía Rodríguez

identificado con el Documento N° 79.592.211

obrando en representación de Rodríguez Ángel CIA SAS - Rodruangel SAS

identificada con Nit

800.130.856-7

declaro bajo la gravedad de juramento, sujeto a las sanciones establecidas en el Código Penal:

- Que los recursos de la persona Jurídica que represento provienen de actividades lícitas y son fruto del desarrollo normal de las actividades del negocio, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las tipificadas como delito en el Código Penal Colombiano.
- Que en nombre propio y de la persona Jurídica que represento no se ha efectuado transacciones u operaciones consistentes en o destinadas a la ejecución de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano, o a favor de personas que ejecuten o estén relacionadas con el ejecución de dichas actividades.
- Que los recursos comprometidos para la ejecución del contrato o negocio jurídico celebrado con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- Que en la ejecución del contrato o el desarrollo de las actividades en que consista el negocio jurídico con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., no contrataré ni tendré vínculos de ninguna clase con terceros que realicen operaciones o cuyos recursos provengan de actividades ilícitas tipificadas como delito en el Código Penal Colombiano.
- Que la Entidad que represento cumple con las normas sobre prevención y control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo que le resulten aplicables (de ser el caso), teniendo implementadas las políticas, procedimientos y mecanismos de prevención y control que se derivan de las disposiciones legales vigentes.
- Que a mi nombre y de la Entidad que represento, ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tengan el cinco por ciento (5%) o más del Capital social, aporte o participación, los miembros de la Junta Directiva, no se encuentran en Listas Vinculantes para Colombia, estando facultada la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación contractual si se verifica que se encuentra registro que alguna de las personas mencionadas figuran en dichas listas.
- Que no existe en mi contra o contra la Entidad que represento, ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tengan el cinco por ciento (5%) o más del Capital Social, aporte o participación y miembros de la Junta Directiva, investigaciones o procesos penales por delitos dolosos, estando la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación contractual si verifica que el / la suscrito (a) o alguna de las personas mencionadas tiene investigaciones o procesos, o existen informaciones en bases de datos públicas que puedan colocar a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., frente a un **Riesgo Legal o Reputacional**.
- Que en el evento en que tenga conocimiento de algunas de las circunstancias descritas en los dos párrafos anteriores, me comprometo a comunicarlo de inmediato a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E..
- Que con la firma del presente documento, se entiende que tanto el/la suscrito (a) y en representación de la persona Jurídica, otorgo consentimiento informado, y por lo tanto autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. a comunicar a las autoridades competentes sobre cualquiera de las situaciones en este documento descritas, así como a suministrar a las autoridades competentes toda la información personal, pública, privada o semiprivada que sobre el /la suscrito (a) o sobre la persona Jurídica que represento se requieran.
- Que conozco, declaro y acepto que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. está en la obligación legal de solicitar las aclaraciones que estime pertinentes en el evento en que se presenten circunstancias con base en las cuales la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. pueda tener dudas razonables sobre mis operaciones o las operaciones de la persona Jurídica que represento, así como del origen de nuestro activos, evento en el cual suministraremos las aclaraciones que sean del caso. Si estas no son satisfactorias, a juicio de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. manifiesto mi consentimiento para dar por terminada la relación contractual.

Firma

Nombre Completo

Documento de Identificación

Hector Mauricio Mejía Rodríguez
Hector Mauricio Mejía Rodríguez
79592-211



Huella