

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT

CÓDIGO: FOR-DES-20

VERSIÓN:	01
----------	----

VIGENCIA:	ENERO DE 2021
------------------	---------------

Fecha de Diligenciamiento		21	7	2022	Ciudad	CALI		Tipo de Solicitud:		Nuevo	Renovación	Actualización
Clase de Vinculación		Trabajador		Proveedor de Servicios		Proveedor de Bienes						

1. PERSONA NATURAL

Apellidos		CE		TI	RC	Otro	No	Nombres		Fecha de Nacimiento	
Lugar de Nacimiento		Nacionalidad		Ocupación/Oficio		Teléfono		Celular		Municipio	
Profesión		Ingresos Mensuales		Egresos Mensuales		Pasivos (pesos)		Patrimonio (pesos)		Otros Ingresos (pesos)	
Dirección Residencia		Concepto Otros Ingresos									

2. PERSONA JURIDICA

Nombre o Razón Social		ASOCIACION DE HOSPITALES Y EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO "ASOHOSVAL"		NIT		821.002.486		DV		3	
Tipo de Empresa		Publica		Privada	Mixta	Sector de la Economía		SALUD		CIU	
Tipo de Contribuyente		Régimen Simplificado		Régimen Común		Grandes Contribuyentes		Otras Entidades		X	
Fecha de constitución en Cámara y Comercio		29		12	2004	Correo Electrónico Empresarial		informacion@asohosval.org			
Oficina Principal		Dirección		AVENIDA VASQUEZ COBO NO. 26N 18		Municipio		CALI		Teléfono	
Sucursal/agencia		Dirección				Municipio				Teléfono	
Representante Legal		CC		CE	TI	RC	Otro	No	31.901.383		Fecha de Nacimiento
										7	

Identificación de asociados o accionistas que tengan directa o indirectamente mas del 5% del capital social, aporte o participación (si requiere mas espacio anexe relación)

ID	Número ID	NOMBRES Y APELLIDOS	¿por su actividad o cargo administra recursos públicos?	¿por su actividad o cargo ejerce algún grado de poder público?	¿por su actividad o cargo goza de reconocimiento público?	¿esta obligado a la declaración tributaria en otros países? Calles
			SI	NO	SI	NO
			SI	NO	SI	NO
			SI	NO	SI	NO
			SI	NO	SI	NO
			SI	NO	SI	NO

Ingresos Mensuales	\$ 62.012.430	Egresos Mensuales	\$ 46.866.000
Activos (pesos)	\$ 962.948.019	Pasivos (pesos)	\$ 3.388.340
Patrimonio (pesos)		Otros Ingresos (pesos)	
Concepto Otros Ingresos			

3. PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS - PEP

¿Por su cargo maneja recursos públicos?	SI	NO
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	SI	NO
¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general?	SI	NO
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	SI	NO
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	SI	NO

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano
- La información que suministré en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio)

Origen

SERVICIOS DE ASOCIACION GREMIAL - ASOCIACION DE HOSPITALES Y ESE DEL VALLE DEL CAUCA

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera?	SI	NO	Importaciones	Exportaciones	Inversiones	Transferencias	Otra
Indique otras operaciones							
¿Posee productos financieros en el exterior?	SI	NO	¿Posee cuentas en moneda extranjera?	SI	NO		

Tipo de producto	Identificación del producto	Número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

6. DECLARACIÓN NO ENCONTRARSE EN LISTAS NACIONALES O INTERNACIONALES PARA EL CONTROL LA/FT

Con la suscripción de este formato declaro que no me encuentro en ninguna lista de las establecidas a nivel nacional o internacional para el control del lavado de activos o financiamiento del terrorismo; así mismo me responsabilizo ante el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE por que mis empleados, accionistas, miembros de la junta directiva o junta de socios, representantes legales y revisor fiscal, tampoco se encuentren en dichas listas y me comprometo a actualizar anualmente la información o en un tiempo menor en caso de que ocurran cambios en la información suministrada al Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE.

7. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Con la suscripción de este documento autorizo al Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE a:

1. Revelar mi información personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia como la UIAF o la Fiscalía General de la Nación.
2. Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiamiento del terrorismo.

Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones a mi cargo, objeto del presente contrato no provienen ni provendrán de actividades ilícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional o que de alguna manera contrarian las leyes de la república, la moral o las buenas costumbres. Así mismo se obliga con el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE a implementar las medidas tendientes a evitar que sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y apariencia de legalidad estas actividades, en virtud de esto, el cliente a ser consultado en base de datos.

El Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE podrá terminar de manera unilateral e inmediata el presente contrato, cuando el cliente, sus socios o accionistas y/o sus administradores llegaren a ser:

1. Vinculados por parte de la autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y financiación del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional.
2. Sea incluido en las listas para el control del lavado de activos y financiación del terrorismo administrados por cualquier autoridad nacional o extranjera.
3. Sea condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial o relacionado con la comisión de delitos de igual o similar naturaleza a los indicados en esta cláusula.

El suscriptor de este documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño al Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sugra el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE por parte del suscriptor de las obligaciones que le apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como de cualquier reclamo judicial, extrajudicial y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE por o con ocasión de dicho incumplimiento, de igual manera el cliente se compromete a dar las explicaciones a que hubiere lugar originadas por el mencionado incumplimiento al Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE y a los terceros que este le indique.

8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Fotocopia del documento de Identidad de la persona natural o la persona jurídica
2. Fotocopia del documento de Identidad del Representante Legal.
3. Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos (2) meses para personas jurídicas

X
X
X

9. 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 y firmo el presente documento



Huella

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

10. INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA ENTIDAD

Recopilación y verificación de la Información

- ☐ La cedula coincide con el nombre suministrado
- ☐ Se confirman los datos registrados en el formato

Verificó en las siguientes listas

- ☐ Lista emitida por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas: ONU
- ☐ Lista SDN personas y empresas sancionadas por el Gobierno de EEUU
- ☐ Lista de los mas buscados por Interpol
- ☐ Lista Antecedentes Judiciales Policia
- ☐ Lista FBI
- ☐ Otra

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar al Oficial de Cumplimiento

ENCARGADO DE RECOPIAR LA INFORMACIÓN

NOMBRE

TD Y NUMERO

CARGO

EXTENSIÓN

FECHA HORA

ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN

NOMBRE

TD Y NUMERO

CARGO

EXTENSIÓN

FECHA HORA