|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de diligenciamiento | DÍA | MES | AÑO | Ciudad |  | | Tipo de solicitud | | | Nuevo |  | Renovación |  | Actualización | | |  |
| Clase de vinculación | | | | Trabajador | |  | Proveedor de servicios de salud | | | |  | Proveedor de suministros |  | otros |  | | |
| **1. PERSONA NATURAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellidos |  | | | | | | Nombres | |  | | | | | | | | |
| cc |  | CE |  | TI |  | No |  | | | | Fecha de nacimiento | | |  | |  |  |
| Lugar de nacimiento |  | | | |  | |  | | | | Ocupación /oficio | |  | | | | |
| Profesión |  | | | | teléfono |  | | | | | Celular | |  | | | | |
| Dirección Residencia | | |  | | | | | | | | Municipio | |  | | | | |
| Ingresos mensuales | | | $ | | | | | egresos mensuales | | | | $ | | | | | |
| activos (pesos) | | |  | | | | | Pasivos (pesos) | | | | $ | | | | | |
| Patrimonio (pesos) | | | $ | | | | | otros Ingresos (pesos) | | | | N/A | | | | | |
| Concepto otros Ingresos | | | N/A | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. PERSONA JURIDICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre o Razón Social : | | | | | | | | | Nit: | | | | | | | DV: | |
| Tipo de Empresa : | Publica | | |  | Privada |  | Mixta: |  | Sector de la económica : | | | | | | | CIU |  |
| Tipo de contribuyente : | | Régimen simplificado | | | | Régimen Común |  | Grandes contribuyentes | | |  | Otras entidades |  | | |  |  |
| Fecha de constitución en cámara de comercio | | | | | dd | mm | aa | Correo Electrónico : | | | | | | | | | |
| sucursal / agencia | | Dirección: | | | | | | Municipio : | | | | | teléfono: | | | | |
| Representante legal : | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC: | CE: | | TI: | | Otro | No: | | | | | | Fecha Nacimiento | dd | | | mm | aa |
| Identificación de asociados o accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numero Id | 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? | | ¿Está obligado a declarar tributo en otros países? Cuál? | | | | |
|  |  |  | | | Si | No | Si | | No | | Sí No | |  | | | | |
|  |  |  | | | Si | No | Si | | No | | Sí No | |  | | | | |
|  |  |  | | | Si | No | Si | | No | | Si No | |  | | | | |
|  |  |  | | | Si | No | Si | | No | | Si No | |  | | | | |
|  |  |  | | | Si | No | Si | | No | | Si No | |  | | | | |
| Ingresos mensuales | | |  | | | | Egresos mensuales | | | |  | | | | | | |
| activos (pesos) | | |  | | | | Pasivos (pesos) | | | |  | | | | | | |
| 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. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Declaro expuestamente que: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. la información que ha suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. los recursos que se deriven de este contrato NO se destinaran a financiación de terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (desarrollo ocupación, oficio, actividad o negocio) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| origen: | CONTRATISTA Y ASESORA JURIDICA INDEPENDIENTE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| importaciones |  | Exportaciones | | |  | Inversiones | |  | Transferencias | | |  | Otra | | |  | |
| ¿Posee cuentas en moneda extranjera? | | | | | SI NO **X** | | | | | | | | | | | | |
| **5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿ Realiza operaciones moneda extranjera? | | | | | | **NO** |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| indique otras operaciones | | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| ¿posee productos financieros en el exterior? | | | | | | **NO** |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| Tipo de producto | | Identificación del producto | | | | No del producto | | | Entidad | | Monto | | Ciudad | | | País | Moneda |
|  | |  | | | |  | | |  | |  | |  | | |  |  |
|  | |  | | | |  | | |  | |  | |  | | |  |  |
| **6. DECLARACION DE 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 internacional para el control del lavado de activos o financiamiento del terrorismo; así mismo me responsabilizo ante el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. porque 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 ocurra cambios en la información suministrada a el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7. CLAUSULA DE AUTORIZACION** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Con la suscripción de este documento autorizo al Hospital Susana López de Valencia E.S.E. 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 Fiscalía General de la nación . | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiación 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 contraríen las leyes de la república, la moral o las buenas costumbres. Así mismo se obliga con el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. a implementar las medidas tendientes a evitar q es sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades en virtud de esto, el cliente autoriza a ser consultado en base de datos. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hospital Susana López de Valencia E.S.E. podrá terminar de manera unilateral e inmediata el presente contrato, cuando el cliente, sus socios o sus acciones y/o sus administradores llegaren a ser: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. vinculados por parte de las 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 listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.Sea condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso jurídico racionado 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 Susana López de Valencia E.S.E. por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. por parte del suscripto de las obligaciones que le apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como cualquier reclamo judicial, extra jurisdiccional y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. 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 Susana López de Valencia E.S.E. y a los terceros que este le indique. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8. DOCUMENTOS REQUERIDOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. fotocopia de documentos de identidad de la persona natural o persona jurídica | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| 2. fotocopia de documento de identidad del representante legal | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| 3. certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a un mes para personas jurídicas | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| 4. Balance y estado de resultados actuales | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| **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. INFORMACION RESERVADA PARA LA ENTIDAD** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recopilación y verificación de información | | | | | |  | la cedula coincide con el nombre suministrado | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | se confirman los datos registrados en el formato | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |
| Verifico en las siguientes listas | | | | | |  | lista emitida por el concejo de seguridad de las Naciones Unidas ONU | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | lista SDN personas y empresas sancionadas e por el gobierno de EEUU | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | lista de los más buscados por interpol | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | lista de antecedentes judiciales policía | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | lista FBI | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | Otra |  | | | | | | | | | |
| En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar al oficial de cumplimiento: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ENCARGADO DE RECOPILACION DE LA INFORMACION** | | | | | | | | **ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACION** | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | |  | | | | | NOMBRE | | | |  | | | | | |
| TD Y NÚMERO | | |  | | | | | TD Y NUMERO | | | |  | | | | | |
| CARGO | | |  | | | | | CARGO | | | |  | | | | | |
| EXTENCIÓN | | |  | | | | | EXTENCION | | | |  | | | | | |
| FECHA: | | | DD | MM | AA | HORA: | | FECHA | | | | DD MM AA | | HORA: | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |