



Hospital Departamental
Psiquiátrico Universitario
Del Valle E.S.E.

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT

CÓDIGO:

FOR-DES-20

VERSIÓN:

01

VIGENCIA:

ENERO DE 2021

Fecha de Diligenciamiento: 1 6 2023 Ciudad: CALI
Clase de Vinculación: Trabajador Proveedor de Servicios

Tipo de Solicitud: Nuevo Renovación Actualización
Proveedor de Bienes

1. PERSONA NATURAL

Apellidos	HURTADO	MOLANO	Nombres	CARLOS	ALBERTO								
CE	☐	TI	☐	RC	☐	Otro	☐	No	6300036	Fecha de Nacimiento	9	2	1952
Lugar de Nacimiento	MIRANDA CAUCA	Nacionalidad	COLOMBIANO	Ocupación/Oficio	COMERCIANTE								
Profesión	COMERCIANTE	Telefono	6022636930	Celular	3103966142								
Dirección Residencia	CALLE 11 -2B -56	Municipio	FLORIDA VALLE										
Ingresos Mensuales	\$24'894.000	Egresos Mensuales	\$17'520.000										
Activos (pesos)	\$461'349.000	Pasivos (pesos)	\$89'661.000										
Patrimonio (pesos)	\$373'688.000	Ortos Ingresos (pesos)	\$1'200.000										
Concepto Otros Ingresos													

2. PERSONA JURIDICA

Nombre o Razón Social											NIT			DV						
Tipo de Empresa	Publica	Privada	Mixta	Sector de la Economía											CIU					
Tipo de Contribuyente	Régimen Simplificado	Régimen Común	Grandes Contribuyentes	Otras Entidades																
Fecha de constitución en Cámara y Comercio	DD	MM	AAAA	Correo Electronico Empresarial																
Oficina Principal	Dirección											Municipio			Telefono					
Sucursal/agencia	Dirección											Municipio			Telefono					
Representante Legal	primer apellido											segundo apellido			primer nombre			segundo nombre		
CC	☐	CE	☐	TI	☐	RC	☐	Otro	☐	No			Fecha de Nacimiento	DD	MM	AAAA				
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 publicos?	SI	NO	¿por su actividad o cargo ejerce algún grado de poder publico?	SI	NO	¿por su actividad o cargo goza de reconocimiento publico?	SI	NO	¿esta obligado a la declaración tributaria en otros países? Calves								
				SI	NO		SI	NO		SI	NO									
				SI	NO		SI	NO		SI	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)											Ortos 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 suministrado 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

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	Numero del producto	Entidad	Monto	Ciudad	Pais	Moneda	

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

Con la suscripción de este formato declaró 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:

- 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.
- 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, trafico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional o que de alguna manera contrariarían las leyes de la republica, 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 administradas 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 suscripto 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) mese para personas jurídicas

☐
☐
☐

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 Policía
☐ 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 Alexander Hernandez
TD Y NUMERO
CARGO
EXTENSIÓN
FECHA DD MM AAAA HORA

ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN

NOMBRE Alexander Hernandez Correa
TD Y NUMERO 16.773.611
CARGO Profesional Universitario
EXTENSIÓN
FECHA 22 06 2023 HORA