Hospital Departamental Psiquiatrico 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: D D | M M | A A A A Ciudad: Tipo de Solicitud: Nuevo ☐ Renovación ☐ Actualización ☐

Clase de Vinculación: Trabajador ☐ Proveedor de Servicios ☐ Proveedor de Bienes ☐

1. PERSONA NATURAL

Apellidos	primer apellido / segundo apellido	Nombres	primer nombre / segundo nombre
CC ☐ CE ☐ TI ☐ RC ☐ Otro ☐ No:		Fecha de Nacimiento	D D / M M / A A A A
Lugar de Nacimiento		Nacionalidad	
Ocupación/Oficio		Profesion	
Telefono		Celular	
Direccion Residencia		Municipio	
Ingresos Mensuales		Egresos Mensuales	
Activos (pesos)		Pasivos (pesos)	
Patrimonio (pesos)		Ortos Ingresos (pesos)	
Concepto Otros Ingresos			

2. PERSONA JURIDICA

Nombre o Razón Social	DIVIMUEBLES OTERO SAS	NIT	890330605 DV: 0
Tipo de Empresa	Publica ☐ Privada ■ Mixta ☐	Sector de la Economia	COMERCIAL CIIU: 4754
Tipo de Contribuyente	Regimen Simplificado ☐ Régimen Comun ☐	Grandes Contribuyentes ☐	Otras Entidades ☐
Fecha de constitución en Camara y Comercio	14 / 5 / 1986	Correo Electronico Empresarial	CONTABILIDAD@DIVIMUEBLES.COM
Oficina Principal	Dirección: AV 6AN 25N 54	Municipio: CALI	Telefono: 6671587
Sucursal/agencia	Dirección:	Municipio:	Telefono:
Representante Legal	OTERO SANCLEMENETE	JORGE EMILIANO	
CC ■ CE ☐ TI ☐ RC ☐ Otro ☐ No: 16599340		Fecha de Nacimiento	7 / 10 / 1956

Identificacion de asociados o accionistas que tengan directa o indirectamente mas del 5% del capital social, aporte o participacion (si requiere mas espacio anexo relación)

ID	Numero ID	NOMBRES Y APELLIDOS	¿por su actividad o cargo administra recursos publicos?	¿por su actividad o cargo ejerce algún grado de poder público?	¿por su actividad o cargo goza de reconocimiento público?	¿está obligado a la declaración tributaria en otros países? Cuales
CC	16599340	JORGE EMILIANO OTERO SANCLEMENETE	SI ☐ NO ■	SI ☐ NO ■	SI ☐ NO ■	NO
CC	31520348	ANA LUCIA HINCAPIE VELEZ	SI ☐ NO ■	SI ☐ NO ■	SI ☐ NO ■	NO
CC	1151946366	LAURA OTERO HINCAPIE	SI ☐ NO ■	SI ☐ NO ■	SI ☐ NO ■	NO
CC	1151946367	JULIANA OTERO HINCAPIE	SI ☐ NO ■	SI ☐ NO ■	SI ☐ NO ■	NO
			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	

Ingresos Mensuales	$ 740,790,877	Egresos Mensuales	$217,638,047
Activos (pesos)	$ 5,257,897,061	Pasivos (pesos)	$2,684,096,233
Patrimonio (pesos)	$2,573,801,828	Ortos Ingresos (pesos)	$4,884,734
Concepto Otros Ingresos	RENDIMIENTO Y DIVIDENDOS FINANCIEROS		

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 publico general?	SI ☐	NO ■
¿Existe algun vinculo entre usted y una persona considerada publicamente expuesta	SI ☐	NO ■
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro pais o grupo de paises?	SI ☐	NO ■

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesion u oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilicitas de las contempladas en el Codigo Penal Colombiano
2. La informacion que suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detallo ocupación, oficio, actividad o negocio)

Origen: DESARROLLO OBJETO SCOIAL

5. ACTIVIDAD EN OPERACIÓNES 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	Identificacion 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; asi mismo me responsabilizo ante el Hospital Departamental Psiquiatrico Universitario del Valle ESE por que mis empleados, acionistas, 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 Psiquiatrico Universitario del Valle ESE

7. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Con la suscripción de este documento autorizo al Hospital Departamental Psiquiatrico 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 Fiscalia 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 ilicitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de

El Hospital Departamental Psiquiatrico 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 clausula.

El suscriptor de este documento, indemnizara y mantendrá libre de cualquier daño al Hospital Departamental Psiquiatrico Universitario del Valle ESE por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra el Hospital Departamental Psiquiatrico 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 Psiquiatrico 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 Psiquiatrico 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 ☐

9. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de hacer 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 cédula 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 RECOPILAR LA INFORMACIÓN			ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN		
NOMBRE			NOMBRE		
TD Y NUMERO			TD Y NUMERO		
CARGO			CARGO		
EXTENSION			EXTENSION		
FECHA		HORA	FECHA		HORA