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: D D | M M | A A A A Ciudad: Tipo de Solicitud: Nuevo ☐ Recreación ☐ Actualización ☐

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

1. PERSONA NATURAL

Apellidos: primer apellido | segundo apellido Nombres: primer nombre | segundo nombre

C.C. ☐ CE ☐ TI ☐ RC ☐ Otro ☐ No. Fecha de Nacimiento: D D | M M | A A A A

Lugar de Nacimiento Nacionalidad Ocupación/Oficio

Profesión Teléfono Celular

Dirección Residencia Municipio

Ingresos Mensuales Egresos Mensuales

Activos (pesos) Pasivos (pesos)

Patrimonio (pesos) Otros Ingresos (pesos)

Concepto Otros Ingresos

2. PERSONA JURIDICA

Nombre o Razón Social: DIVIMUEBLES OTERO SAS NIT: 800000805 DV: 0

Tipo de Empresa: Pública ☐ Privada ■ Mixta ☐ Sector de la Economía: COMERCIAL CIIU: 4754

Tipo de Contribuyente: Régimen Simplificado ☐ Régimen Común ☐ Granes Contribuyentes ☐ Otros Entidades ☐

Fecha de constitución en Cámara y Comercio: 14 | 5 | 1986 Correo Electrónico Empresarial: CONTABILIDAD@DIVIMUEBLES.COM

Oficina Principal Dirección: AV GAN 25N 54 Municipio: CALI Teléfono: 667 587

Sucursal/Agencia Dirección: Municipio: Teléfono:

Representante Legal: OTERO | SANCLEMENTE JORGE | EMILIANO

C.C. ■ CE ☐ TI ☐ RC ☐ Otro ☐ No. 16593340 Fecha de Nacimiento: 7 | 11 | 1956

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

ID	Número ID	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Es usted una persona políticamente expuesta?	¿Reconoce algún grado de poder público?	¿Maneja recursos públicos?	¿Tiene algún vínculo con alguna persona políticamente expuesta?
CC	16593340	JORGE EMILIANO OTERO SANCLEMENTE	SI ☐ NO ■	SI ☐ NO ■	SI ☐ NO ■	NO
CC	31920348	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): $2.984.056.233

Patrimonio (pesos): $2.573.801.828 Otros Ingresos (pesos): $4.864.734

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 reconocen 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:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que percibo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano
2. La información que suministro en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla oportunamente
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 percibo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio)

Origen: DESARROLLO OBJETO SOCIAL

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, asociados, 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 AUTORIZACION

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

1. Revisar 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 puedan 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 o procederán de actividades ilícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de

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 lleguen 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 contra 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 indemnizara y mantendrá libre de cualquier daño al Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra 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 acción 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 esto lo indique

8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Fotocopia del documento de identidad de la persona natural o representante jurídico ☐
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 de todos los puntos 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

Verificación 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
- ☐ Listados las más buscadas por Interpol
- ☐ Lista Anotaciones 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	ALEXANDER HERNANDEZ C
TD Y NUMERO		TD Y NUMERO	16273611
CARGO		CARGO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
EXTENSION		EXTENSION	
FECHA		HORA	FECHA 21 07 2023 HORA