FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES

PERSONA JURIDICA

Código: GA-FR-105	Fecha de elaboración: 05/06/17	Versión: 1	Página 1 de 2

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DIA	MES	AÑO	CIUDAD:

Importante: Este formato debe quedar completamente diligenciado y en letra imprenta. Por lo anterior en aquellos espacios en los cuales no tenga información para relacionar por favor escribir N.A (No Aplica).

1. INFORMACION GENERAL

RAZON O DENOMINACION SOCIAL	NIT
SPAID SALUD IPS SAS	900.801.310-0

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
ORTEGON	RINCON	VALERIA

TIPO DE IDENTIFICACION (CC: cedula de ciudadanía, CE: Cédula de Extranjeria, PA: Pasaporte, TI: Tarjeta de Identidad, TE: Tarjeta de Extranjería, RC: Registro Civil)

CC [X] CE [ ] PA [ ] TI [ ] TE [ ] RC [ ] No. 1.110.595239

SEXO: F [X] M [ ]

FECHA DE EXPEDICIÓN			LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	
22	12	20	IBAGUE	18	12	1998	BOGOTA

NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2

DIRECCION RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	CIUDAD
CRA 3 N 39-23 LA CASTELLANA	TOLIMA	IBAGUE

CORREO ELECTRONICO	TELEFONO FIJO	CELULAR
spaidsaludipssas@gmail.com	2793574	3176367723

POR SU CARGO O ACTIVIDAD

			EN CASO AFIRMATIVO FAVOR ESPECIFIQUE:
1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?	SI [ ]	NO [X]	
2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL?	SI [ ]	NO [X]	
3. ¿EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO?	SI [ ]	NO [X]	

EXISITE ALGUN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA? SI [ ] NO [X]

¿Cúal?

TIPO DE EMPRESA PUBLICA [ ] PRIVADA [X] MIXTA [ ] SIN ANIMO DE LUCRO [ ] OTRA [ ]

¿Cúal?

ACTIVIDAD ECONOMICA

INDUSTRIAL	[ ]	COMERCIAL	[X]	CONSTRUCCION	[ ]	SERVICIOS FINANCIEROS	[ ]
AGRICOLA	[ ]	TRANSPORTE	[ ]	CIVIL	[ ]		

DATOS OFICINA PRINCIPAL		DATOS SUCURSAL O AGENCIA	
DIRECCION	CRA 3 N 39-23 LA CASTELLANA	DIRECCION	
DEPARTAMENTO	TOLIMA	DEPARTAMENTO	
CIUDAD	IBAGUE	CIUDAD	
CORREO ELECTRONICO	spaidsaludipssas@gmail.com	CORREO ELECTRONICO	
TELEFONO	2749575	TELEFONO	

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE APORTE O PARTICIPACION (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR UNA RELACIÓN). IGUALMENTE IDENTIFICAR EN LAS COLUMNAS 1, 2 Y 3, SI POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUNA DE LAS ACTIVIDADES MENCIONADAS. PARA LA COLUMNA 4 SOLAMENTE DILIGENCIAR SI ESTÁ OBLIGADO A DECLARACION TRIBUTARIA EN OTRO PAIS O GRUPO DE PAISES.

No.	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO	RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	1. Administra recursos públicos	2. Ejerce algun grado de poder	3. Goza de Reconocimiento Público	4. obligación Declaración Tributaria Indique Pais	% PARTICIPACIÓN
	CC [X] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]	1.110.595.239	VALERIA ORTEGON RINCON	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]		50
	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]	1.110.591.569	MONTOYA SANCHEZ LAURA CAMILA	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]		50
	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		
	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		
	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		
	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		

CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extrangeria, TI :Tarjeta de Identidad, NIT: Némero de Identificación Tributaria

FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES

PERSONA JURIDICA

Código: GA-FR-105	Fecha de elaboración: 05/06/17	Versión: 1	Página 2 de 2

2. INFORMACION FINANCIERA

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI [ ] NO [X]

EXPORTACIONES [ ] INVERSIONES [ ] ENVIO Y/O RECEPCIONES [ ] TRANSFERENCIAS [ ] PAGO DE SERVICIOS [ ]

IMPORTACIONES [ ] PRESTAMOS [ ] OTRA? [ ] ¿Cúal? _____

3. DECLARACION DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO EN ESTE FORMATO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y QUE TODOS LOS RECURSOS Y BIENES QUE POSEO LOS HE ADQUIRIDO DE MANERA LICITA.

4. AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Declaro que para efectos de vinculación con el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E, el suscrito ha suministrado datos personales.

En consecuencia autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a que realicen el tratamiento de los mismos para los fines que sean necesarios en la prestacion del servicio correspondiente así como a la circulación o transferencia de ellos todo, aun en el caso que no se llegare a formalizar la relación contractual o laboral o la misma hubiere terminado. Así mismo autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial los relativos a los datos biometricos.

Autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a entregar o compartir la información con personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos.

Declaro que conozco que las respuestas a las preguntas sobre datos sensibles son facultativas y que el Hospital mehan informado los derechos que se tienen como titular de la información de acuerdo con la Ley y su manual de políticas que se encuentra disponobles en la pagina www.hflleras.gov.co igualmente me comprometo a actualizar la información cuando sea necesario.

Autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a entregar o compartir la información con personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos.

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1 Copia de la declaración juramentada de bienes y rentas del último año

6. FIRMA Y HUELLA

DECLARO HABER LEIDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Valeria Ortegón Rincon 1.110.595.239

FIRMA Y CEDULA



HUELLA

7. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN (ESPACIO RESERVADO SOLO PARA EL OFICAL DE CUMPLIMIENTO)

FECHA	DIA	MES	AÑO	HORA	
	22	11	2023		10:33 a.m

LISTAS CONSULTADAS	REPORTA RESTRICCIÓN			
1. OFFICE OF FOREING ASSETS CONTROL (OFAC) Oficina de control de activos	SI	[ ]	NO	[X]
2. LISTA CONSOLIDADA DE SANCIONES DEL CONSEJO DE SEGURIDAD DE LA NACIONES UNIDAS	SI	[ ]	NO	[X]
3 LISTA LINEA INTERPOL	SI	[ ]	NO	[X]
4. OTRAS	SI	[ ]	NO	[X]

OBSERVACIÓN: **LAS PERSONAS RELACIONADAS EN EL FORMATO Y SUS ANEXOS, NO REPORTAN - RESTRICCIONES EN LAS LISTAS CONSULTADAS DEL SARLAFT - PADM. ----------**

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	CARGO
CARLOS EDUARDO HERNANDEZ R.	**PROFESIONAL UNIVERSITARIO**

Federico Lleras Acosta
EL HOSPITAL DE TODOS

Melba Constanza Nivia Ruiz <pe.compras@hflleras.gov.co>

Re: SARLAF SPAID SALUD

1 mensaje

Carlos Eduardo Hernandez Rodriguez <pu.sarlaft-sicof@hflleras.gov.co> 22 de noviembre de 2023, 10:47
Para: Melba Constanza Nivia Ruiz <pe.compras@hflleras.gov.co>, Mariluz Chico Varon <to.compra@hflleras.gov.co>
Cc: Ana Paola Cacais Torres <subgerencia.administrativafinanciera@hflleras.gov.co>

Buenos dias, atendiendo lo solicitado me permito enviar en PDF el formato analizado y firmado. Es de precisar que "no reporta restricción en las listas consultadas" siendo analizadas las siguientes personas:

Persona Juridica				
NIT	Razon Social	Pag consultada		Sancion
900801310-0	Spaid Salud IPS SAS	X	X	NO

Representante legal, socios, miembros de junta y otros:

Datos de la Consulta												Resultados de la consulta					
	Fecha	Area	Medio	TIPO		Cod	Identificación		Apellidos	Nombres	Tipo de Relación	Fecha	Listas consultadas				Aparece
				PN	PJ		Tipo	Número					LC	InP	SP	Otra	
124	21-nov-23	Compras	Correo Electronico		X	V1	CC	1110595239	Ortegon Rincon	Valeria	Proveedor	22/11/2023	X	X	X	X	NO
125	21-nov-23					V1	CC	1110591569	Montoya Sanchez	Laura Camila	Proveedor	22/11/2023	X	X	X	X	NO

Cordial saludo,

CARLOS EDUARDO HERNANDEZ R.
Profesional Universitario – SARLAFT/PADM - SICOF
Subgerencia Administrativa y Financiera

Federico Lleras Acosta
EL HOSPITAL DE TODOS
Nit: 890706833-9

www.hflleras.gov.co Calle 33 Nº 4A - 50, La Francia Ibagué, Tolima Calle 58 Nº 5 - 25, El Limonar Ibagué Tolima
2739805

El mar, 21 nov 2023 a las 18:00, Melba Constanza Nivia Ruiz (<pe.compras@hflleras.gov.co>) escribió:

> Buenas tardes se remiten documentos para su respectivo tramite
>
> Cordialmente,
>
> MELBA CONSTANZA NIVIA RUIZ
>
> Área de compras
>
> Tel. 2739805 ext. 250
>
> Cel. 318 2818979
>
> Calle 33 N°4 A-50 B/La Francia
>
> Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué Tolima ESE.
>
> Federico Lleras Acosta
> EL HOSPITAL DE TODOS
> Nit: 890706833-9

Valeria Ortegon Rincon.pdf
2470K