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: 5 | 12 | 2023 Ciudad: CALI-VALLE

Tipo de Solicitud: Nuevo [ ] Renovación [X] 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: DD | MM | AAAA

Lugar de Nacimiento: Nacionalidad: Ocupación/Oficio:

Profesión: Telefono: Celular:

Dirección 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: SOLUCIONES INTEGRALES ARQUITECTOS SAS NIT: 901054393 DV: 1

Tipo de Empresa: Publica [ ] Privada [X] Mixta [ ] Sector de la Economia: SERVICIOS CIIU: 4290

Tipo de Contribuyente: Régimen Simplificado [ ] Régimen Común [ ] Grandes Contribuyentes [ ] Otras Entidades [ ]

Fecha de constitución en Camara y Comercio: 16 | 2 | 2017 Correo Electronico Empresarial: solucionesintegrales02@outlook.es

Oficina Principal Dirección: carrera 67 #45-41 Municipio: cali Telefono: 4054571

Sucursal/agencia Dirección: Municipio: Telefono:

Representante Legal: RAMIREZ | PORTILLO | GLORIA | HELEN

CC [X] CE [ ] TI [ ] RC [ ] Otro [ ] No 31923747 Fecha de Nacimiento: 16 | 11 | 1964

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?	¿por su actividad o cargo ejerce algún grado de poder publico?	¿por su actividad o cargo goza de reconocimiento publico?	¿esta obligado a la declaración tributaria en otros paises? Cuales
CC	31923747	GLORIA HELEN RAMIREZ PORTILLO	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	
CC	94557083	CESAR AUGUSTO OCAMPO	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	
			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	
			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	
			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	

Ingresos Mensuales: 99.632.984 Egresos Mensuales: 72.264.820

Activos (pesos): 730.279.720 Pasivos (pesos): 170.750.704

Patrimonio (pesos): 559.529.018 Ortos Ingresos (pesos): N/A

Concepto Otros Ingresos: N/A

3. PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS - PEP

¿Por su cargo maneja recursos públicos?	SI [ ]	NO [X]
¿Por su cargo o actividad ejercealgún grado de poder público?	SI [ ]	NO [X]
¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general?	SI [ ]	NO [X]
¿Existe algún vinculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta	SI [ ]	NO [X]
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	SI [ ]	NO [X]

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión 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 Código Penal Colombiano
2. La información 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 previenen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio)

Origen:

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI [ ] NO [X] Importaciones [ ] Exportaciones [ ] Inversiones [ ] Transferencias [ ] Otra [ ]

Indique otras operaciones:

¿Posee productos financieros en el exterior? SI [ ] NO [X] ¿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 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 Fiscalía General de la Nación.
2. Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financimiento del terrorismo.

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 narcotrafico, 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, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño al Hospital Departamental Psiquiatrico Universitario del Valle ESE por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sugra 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, asi como de cualquier reclamo judicial, extrajudicial y/o administrativo que autoridades competentes inicen 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) mese para personas jurídicas	☐

9. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de hacer leido, 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 Policia
- ☐ 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	
EXTENSIÓN		EXTENSIÓN	
FECHA	DD MM AAAA	FECHA	DD MM AAAA
HORA		HORA	