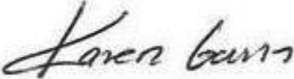


	República de Colombia Departamento del Cauca												HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.NIT: 891501676-1					
	FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT												Página 1 de 3		Código: SLV-G-49-F01			
													Versión: 0		SLV-GC-01-F-01			
Fecha de diligenciamiento	18	06	2024	CALI			Tipo de solicitud	Nuevo	X	Renovación		Actualización						
Clase de vinculación				Trabajador			Proveedor de servicios de salud			Proveedor de suministros			X	otros				
1. PERSONA NATURAL																		
Apellidos							Nombres											
cc		CE		TI		No				Fecha de nacimiento		dd	mm	aa				
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 : ORTHOSYSTEM SAS								Nit: 900449382				DV: 1						
Tipo de Empresa :		Publica			Privada	X	Mixta:	Sector de la económica:				CIU	4773					
Tipo de contribuyente :		Régimen simplificado				Régimen Común	X	Grandes contribuyentes			Otras entidades							
Fecha de constitución en cámara de comercio				8	JULIO	2011	Correo Electrónico : facturacionelectronica@orthosystem.com.co											
sucursal / agencia		Dirección: av 9 norte # 12 – 71					Municipio : SANTIAGO DE CALI				teléfono: 3183400008							
Representante legal : KAREN JULIET GARZON LOAIZA																		
CC: X		CE:		TI:		Otro	No: 29363561			Fecha Nacimiento		10	SEPTI	1982				
Identificación de asociados o accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación																		
Numero Id	Id	Nombres y apellidos			¿Por su actividad o cargo administra recursos públicos?		¿ por su actividad o cargo ejerce algún grado de poder público?		¿Por su actividad o cargo goza de reconocimiento público?			¿Está obligado a declarar tributo en otros países? Cuál?						
29363561	CC	KAREN JULIET GARZON			Si	No X	Si	No X	Sí	No	X	NO						
					Si	No	Si	No	Sí	No								
					Si	No	Si	No	Si	No								
					Si	No	Si	No	Si	No								
					Si	No	Si	No	Si	No								
Ingresos mensuales		814345846					Egresos mensuales		172709254									
activos (pesos)		14040714546					Pasivos (pesos)		8733910770									

Patrimonio (pesos)	5306803775		otros ingresos (pesos)						
Concepto otros ingresos									
3. PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS - PEP									
¿Por su cargo maneja recursos públicos?			SI		NO	X			
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?			SI		NO	X			
¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general?			SI		NO	X			
¿Existe algún vínculo 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. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS									
Declaro expuestamente que:									
1. 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.									
2. la información que ha suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.									
3. los recursos que se deriven de este contrato NO se destinaran a financiación de terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.									
4. los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (desarrollo ocupación, oficio, actividad o negocio)									
origen:		Actividad económica de la empresa.							
importaciones		Exportaciones		Inversiones		Transferencias		Otra	
¿posee cuentas en moneda extranjera?			SI	NO	X				
5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES									
¿Realiza operaciones moneda extranjera? NO									
indique otras operaciones									
¿posee productos financieros en el exterior? NO									
Tipo de producto	Identificación del producto		No del producto		Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda
6. DECLARACION DE 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 internacional para el control del lavado de activos o financiamiento del terrorismo; así mismo me responsabilizo ante el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. porque 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 ocurra cambios en la información suministrada a el Hospital Susana López de Valencia E.S.E.									
7. CLAUSULA DE AUTORIZACION									
Con la suscripción de este documento autorizo al Hospital Susana López de Valencia E.S.E. 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 Fiscalía General de la nación .									
2. Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiación del terrorismo									
Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones 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, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la república, la moral o las buenas costumbres. Así mismo se obliga con el Hospital Susana lopez de Valencia E.S.E. a implementar las medidas tendientes a evitar q es sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades en virtud de esto, el cliente autoriza a ser consultado en base de datos.									
Hospital Susana López de Valencia E.S.E. podrá terminar de manera unilateral e inmediata el presente contrato, cuando el cliente, sus socios o sus acciones y/o sus administradores llegaren 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 delitos contra el orden constitucional.									
2. Sea incluido en listas para el control de 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 jurídico racionado 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 Susana López de Valencia E.S.E. por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. 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 cualquier reclamo judicial, extra jurisdiccional y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. 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 Susana López de Valencia E.S.E. y a los terceros que este le indique.																			
8. DOCUMENTOS REQUERIDOS																			
1. fotocopia de documentos de identidad de la persona natural o persona jurídica												OK							
2. fotocopia de documento de identidad del representante legal												OK							
3. certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a un mes para personas jurídicas												OK							
4. Balance y estado de resultados actuales												OK							
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.																			
<div><div>Huella<div></div></div><div><div>FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL</div></div></div>																			
10. INFORMACION RESERVADA PARA LA ENTIDAD																			
Recopilación y verificación de información						la cedula coincide con el nombre suministrado													
						se confirman los datos registrados en el formato													
Verifico en las siguientes listas						lista emitida por el concejo de seguridad de las Naciones Unidas ONU													
						lista SDN personas y empresas sancionadas e por el gobierno de EEUU													
						lista de los más buscados por interpol													
						lista de 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 RECOPIACION DE LA INFORMACION										ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACION									
NOMBRE										NOMBRE									
TD Y NÚMERO										TD Y NUMERO									
CARGO										CARGO									
EXTENCIÓN										EXTENCION									
FECHA:					DD	MM	AA	HORA:		FECHA					DD	MM	AA	HORA:	