UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI-ESE

Tipo de Documento:	FORMATO UNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SARLAFT	Código	
Proceso:	SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO	Fecha de Elaboración:	31/12/2018
Nombre del Documento:	FORMATO DE REGISTRO O ACTUALIZACION PERSONA NATURAL O JURIDICA	Vigencia hasta:	31/12/2019

CLASE DE SOLICITUD:	VINCULACION		ACTUALIZACION		FECHA DILIGENCIAMIENTO					DIA	MES	AÑO	
										27	02	2025	
CLASE DE VINCULACION	EMPLEADO		CONTRATISTA	X	MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA		OTRO		CUAL:				
CLASE DE PERSONA:	NATUAL	*	JURIDICA										

I. INFORMACIÓN BÁSICA DE LA PERSONA NATURAL O JURIDICA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	NIT	C.C	No.	CÓDIGO CIIU	
OBJETO SOCIAL DE LA EMPRESA - ACTIVIDAD ECONOMICA:					
DIRECCIÓN:	CIUDAD/DPTO.	TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO	

II. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL (PERSONA JURIDICA)

APELLIDOS: Bonilla Ospina	NOMBRES: Jessica Lorena	Tipo Número	C.C.	X	C.E.		P.P.		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: calle 44 # 4-13 piedra pintada	CIUDAD/DPTO. Ibague.	CELULAR 3213891045	CORREO ELECTRÓNICO loncho1esco311@gmail						

III. INFORMACIÓN FINANCIERA

PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE	SI	NO
ES USTED UN SERVIDOR PUBLICO?		X
POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS?		X
USTED TIENE ALGÚN GRADO DE PODER PUBLICO?		X
POR SU CARGO O ACTIVIDAD GOZA DE		X
SUS RECURSOS PROVIENEN DE LA		X
EXISTE ALGUN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PUBLICAMENTE EXPUSTA?		X

INFORMACIÓN FINANCIERA ANUAL	
ACTIVOS	$ 300.000.000
PASIVOS	$ 3
PATRIMONIO	$ 300000.000
INGRESOS	$
GASTOS	$ 500.0000
OTROS INGRESOS	$
Fecha de Corte:	

Ingresos mensuales	$ 4.500.000
Egresos mensuales	$ 3.000.000
Otros	$
Detalle de Otros Ingresos:	Sueldo

Realiza operaciones en moneda extranjera	SI		NO X
En caso afirmativo indique cual actividad?			
Promedio anual en US$	$		

ACTIVIDAD										SECTOR					
Industrial		Comercial		Financiera		Solidaria		Otro	X	Público	X	Privado		Mixto	

IV. INFORMACIÓN DE SOCIOS Y/O ACCIONISTAS

Registre en la tabla el(los) accionistas asociados que tenga(n) directa o indirectamente más del 5% de capital social, aporte o participación en la persona jurídica, en caso de no diligenciar se entiende que no cuenta con accionista(s) o asociado(s) con más del 5% de aprticipación:

Razón Social o Nombre Completo	C.C.	C.E.	T.I	P.P	Número de Identificación

V. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIONES DE LA PERSONA NATURAL O JURIDICA

Declaro expresamente que: Que la información registrada es cierta y los recursos provienen de la siguiente actividad Enfermero y otro.

y mi activida, oficio o profesion es licito y la ejerzo dentro del marco legal del código penal Colombiano, o cual quier norma que lo modifique o adicione.

Que no me encuentro inscrito en listas de personas reportadas por actividad de narcotrafico, lavado de activos, financiación de terrorismo,corrupción, ni ninguna otra clase de delito,

que no he sido sancionado por ninguno de los delitos anteriormente mencionados.

Y autorizo a la Unidad de Salud de Ibagué USI-ESE, a verificar , consultar, procesar con cualquier entidad con la que mantenga relación vigente publica o privada autorizada para el manejo de base de datos la información contenida en este formato.

Huella

Nombres y Apellidos persona natural y/o del Representante Legal Persona Jurídica : Jessica Bonilla Ospina

Número de Documento de Identidad CC: 1110479271 Ibague

Firma J.B.O.

VI. RELACIÓN DE ANEXOS

DOCUMENTOS PERSONA JURIDICA	SI	NO
1. Certificado de Cámara de Comercio con fecha de expedición no mayor a trinta (30) dias		
2. Registro Único Tributario "RUT"		
3. Fotocopia del documento de identidad del representante legal ampliado al 150%		
4. Certificado de Antecedentes Fiscales de la Empresa		
5. Certificado de Antecedentes Fiscales del Representante Legal		
6. Certificado de Antecedentes Disciplinarios del Representante Legal		
7. Certificado de Antecedentes Policiales del Representante Legal		
8. Estados Financieros con corte al último cierre de año		

DOCUMENTOS PERSONA NATURAL	SI	NO
1. Fotocopia del documento de identidad ampliado al 150%		
2. Registro Único Tributario "RUT"		
3. Certificado de Antecedentes Fiscales		
4. Certificado de Antecedentes Disciplinarios		
5. Certificado de Antecedentes Policiales		
6. Certificado de Ingresos y Retenciones		
7. Fotocopia Declaración de Renta, en el caso de los PEPs		

VII. FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA VERIFICACION

		Fecha		
		DD	MM	AAAA
Nombres y Apellidos:	Firma			
Número de Documento de Identidad	Cargo			