

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMAS URIBE URIBE Empresa Social del Estado		
	CONOCIMIENTO DE PROVEEDORES, EMPLEADOS Y TRABAJADORES SARLAFT		
	Código: MD-GG-RE-014	Versión: 001	Fecha Aprobación: 02/01/2017

Clase de Cliente: Proveedor ☒ Empleado o Trabajador ☐ F. Diligenciamiento ☐ DD MM AAAA

INFORMACIÓN GENERAL

Persona Natural (para la persona jurídica esta información será del representante Legal)

Nombres y Apellidos Completos: Luisa Fernanda Cardona Vega

Tipo de Documento: CC ☒ CE ☐ TI ☐ N° 1.116.250.092 Fecha de Expedición 27 Marzo 2009

Lugar de Nacimiento: Tuluá, Valle del Cauca Nacionalidad: Colombia

Dirección Residencia: Calle 25 # 3 Bis W 33 Ciudad: Tuluá, Valle

N° Teléfono casa: 000 N° Celular: 3186167536 - 3122894971

DETALLE DE ACTIVIDAD

Asalariado ☐ Independiente ☒ Estudiante ☐ Rentista ☐ Socio ☐ Pensionado ☐

Código de Actividad "CIU" E-mail: Lufecave.ladiva@gmail.com

Ocupación / Profesión: Organización de convenciones y eventos comerciales

Nombre Empresa donde Trabaja: LUFE - K Cargo que Desempeña: Propietaria

Dirección Empresa: Calle 25 # 3 Bis W 33 Ciudad: Tuluá Valle del Cauca

Teléfono 3186167536 - 3122894971 E-mail: Lufecave.ladiva@gmail.com

PERSONA JURÍDICA

Razón Social NIT: 1116250092-1 LUFE-K

Dirección Oficina Principal: CALLE 25 # 3 BIS W 33 Ciudad: Tuluá Teléfono: 3186167536 - 3122894971

Dirección Oficina Sucursal: N/A Ciudad: N/A Teléfono: N/A

Tipo de empresa: Pública ☐ Privada ☒ Mixta ☐ Inversión extranjera ☐ OtraCuál?:

Código de Actividad "CIU"

IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5 % DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR RELACIÓN)

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO
1. N/A	CC ☐ CE ☐ TI ☐ NIT ☐	---
2. N/A	CC ☐ CE ☐ TI ☐ NIT ☐	---
3. N/A	CC ☐ CE ☐ TI ☐ NIT ☐	---

INFORMACIÓN FINANCIERA

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL TOMÁS URIBE URIBE Empresa Social del Estado		
	CONOCIMIENTO DE PROVEEDORES, EMPLEADOS Y TRABAJADORES SARLAFT		
	Código: MD-GG-RE-014	Versión: 001	Fecha Aprobación: 02/01/2017

Total Activos	\$ 3.500.000	Total Pasivos	\$ 0
Ingresos Mensuales	\$800.000	Otros Ingresos	\$ 0
Egresos Mensuales	\$ 0	Otros Egresos	\$ 0
		Concepto:	SERVICIOS PRESTADOS
		Concepto:	

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza Operaciones Internacionales?	SI	En caso afirmativo, señale el Tipo de Operación: Importaciones __ Exportaciones __ Inversiones __ Prestamos __ Envío y/o Recepción de Giros __ Pago de servicios __ Transferencia __ Otros __ Cual?:	NO	X
---------------------------------------	----	--	----	---

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que, Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.) Fotocopiado, preparación de documentos y otras actividades especializadas de apoyo de oficina,

Organización de convenciones y eventos comerciales, Confección de prendas de vestir, excepto prendas de piel, Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p

2. 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

3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.

4. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo.

INFORMACIÓN BANCARIA

Entidad	Sucursal y Tel.	Tipo de Cuenta	Cuenta Número
Bancolombia	Tuluá- 01-800-0912345	Ahorro	762- 421274 - 94

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 siguiente documento

Luisa Fda Cardona

Firma del Representante Legal del Proveedor o Empleado



VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN (Espacio para la entidad)

Fecha de Verificación:

Hora:

Nombre de quien verifica: _____ Cargo: _____

Resultado de la Verificación:

Firma: _____