Hospital Departamental Psiquiatrico 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: [ ] Ciudad: CALI

Tipo de Solicitud: Nuevo [ ] Renovación [ ] Actualizacion [X]

Clase de Vinculación: Trabajador [ ] Proveedor de Servicios [ ] Proveedor de Bienes [ ]

1. PERSONA NATURAL

Apellidos: [redacted] Nombres: [redacted]

CC [ ] CE [ ] TI [ ] RC [ ] Otro [ ] No [ ] Fecha de Nacimiento: [redacted]

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: PALLOMARO SA NIT: 890.317.339 DV: 2

Tipo de Empresa: Publica [ ] Privada [X] Mixta [ ] Sector de la Economía: COMERCIO CIIU: 4774

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

Fecha de constitución en Camara y Comercio: [ ] Correo Electronico Empresarial: servicioalcliente@pallomaro.com

Oficina Principal: Dirección: CRA 5 # 21-51 Municipio: CALI Telefono: 4855511

Sucursal/agencia: Dirección: CRA 4 # 21-40 Municipio: CALI Telefono: 4855511

Representante Legal: [redacted]

CC [X] CE [ ] TI [ ] RC [ ] Otro [ ] No 14.624.737 Fecha de Nacimiento: [redacted]

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 declaracion tributaria en otros paises? Cuales
NIT	31840319	CLARA MARIA LOPEZ GALINDO	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	
NIT	31892810	STELLA LOPEZ GALINDO	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	
NIT	14991253	MAURICIO LOPEZ GALINDO	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	
NIT	6136465	CARLOS DAVID LOPEZ VIVAS	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	
NIT	14624737	SANTIAGO LOPEZ VIVAS	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	

Ingresos Mensuales	9.249.418.750	Egresos Mensuales	284.361.250
Activos (pesos)	87.487.641.000	Pasivos (pesos)	23.420.912.000
Patrimonio (pesos)	64.066.728.000	Ortos Ingresos (pesos)	284.361.250
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 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 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 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 provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio)

Origen: COMERCIALIZACION Y FABRICACION DE EQUIPOS EN ACERO INOXIDABLE

5. ACTIVIDAD EN OPERACIÓNES INTERNACIONALES

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

Indique otras operaciones: [ ]

¿Posee productos financieros en el exterior? SI [ ] NO [X] ¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI [ ] NO [X]

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, 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 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 financiamiento del terrorismo.

Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones a 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 contrarien las leyes de la republica, la moral o las buenas constumbres. Así mismo se obliga con el Hospital Departamental Psiquiatrico Universitario del Valle ESE a implementar las medidas tendientes a evitar que sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y apariencia de legalidad estas actividades, en virtud de esto, el cliente a ser consultado en base de datos.

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 narcotráfico, 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, así 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 [X]
2. Fotocopia del documento de identidad del Representante Legal. [X]
3. Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos (2) meses para personas jurídicas [X]

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

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 Policía
- [ ] Lista FBI
- [ ] Otra OFAC

ALEXANDER HERNANDEZ C

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	ALEXANDER HERNANDEZ C
TD Y NUMERO		TD Y NUMERO	1677364
CARGO		CARGO	PROF. UNIVERSITARIO
EXTENSIÓN		EXTENSIÓN	215
FECHA	DD MM AA	FECHA	21/07/2015
HORA		HORA	