E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS LEÓN | Gobernación del MAGDALENA

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO SARLAF PROVEDORES

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a la Circular Externa 000009 del 21 de Abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Fecha de diligenciamiento			Tipo de Cliente o Contraparte								Tipo de Solicitud	
27	8	2025	Cliente		Contratista		Prestador IPS		Proveedor	X	Vinculación	X
día	mes	año	Colaborador		Junta Directiva		Accionista		Otro		Actualización	

Ciudad: SOLEDAD ATL | Regional: | Zonal:

I. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento	N° Identificación
				CC / CE / TI / PAS / CD	

Lugar de expedición	Fecha de expedición (día / mes / año)	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento (día / mes / año)	Dirección

Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento	Profesión	Ocupación (código CIIU)

Correo electrónico:

Responda sí o no a las siguientes preguntas

¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?

PERSONA JURÍDICA

Razón Social:	NIT:	Correo electrónico :
ALMAR EQUIPOS Y SERVICIOS S.A.S	900.534.208-1	ventas@motoplantasbetesda.com

Tipo de sociedad: Anónima | Limitada | S.A.S. X | Otra | ¿Cuál?

Tipo de empresa: Privada X | Pública | Mixta | Sin ánimo de lucro

Actividad económica principal

Salud	Farmacéutico	Químico	Industrial	Alimentación	Papeleria	¿ Cual?
Transportes	Servicios	Comercial X	Financiero	Mercadeo	Otro	

Descripción de la actividad económica: VENTA, MANTENIMIENTO Y REPARACION DE GENERADORES DIESEL, INSTALACION Y MANTENIMIENTO DE REDES ELÉCTRICAS

Dirección oficina principal	Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento
CR 14 #52-118	311 3867841	311 3867841	SOLEDAD	ATLANTICO
Dirección agencia o sucursal	Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento

Representante Legal

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento	N° Identificación
ALVAREZ	RUEDA	RODRIGO	JOSÉ	CC X / CE / PAS / CD	1.129.519.621

Lugar de expedición	Dirección	Teléfono	Ciudad
BARRANQUILLA	CRA 71 #86B-20	311 3867841	BARRANQUILLA

Responda sí o no a las siguientes preguntas

¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?
NO	NO	NO	NO

Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Razón social o nombres y apellidos	Tipo de documento	N° Documento	% de Participación	Responda sí o no a las siguientes preguntas: ¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?
RODRIGO JOSÉ ALVAREZ RUEDA	CC	1.129.519.621	100	NO	NO	NO	NO

JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACIÓN SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)

Nombres y apellidos	Tipo de documento	N° Documento	Principal o suplente	Responda sí o no a las siguientes preguntas: ¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?
RODRIGO JOSÉ ALVAREZ RUEDA	CC	1.129.519.621	100	NO	NO	NO	NO

II. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total activos $	374.096.976	Total pasivos $	255.646.752	Patrimonio $	118.450.224
Ingresos mensuales $	73.039.843	Egresos mensuales $	63.539.283	Otros ingresos $	0
Concepto de otros ingresos	0		Información financiera a corte de:		31/12/2024

III. INFORMACIÓN BANCARIA

Tipo de Cuenta: Corriente	Tipo de Cuenta: Ahorros	Entidad Financiera	Sucursal	Teléfono
	X	BANCOLOMBIA	GRANCENTRO	(605) 3618888

IV. REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre	Teléfono	Dirección	Ciudad
SALUD INTEGRAL Y RESOLUTIVA	324 2056893	CL 45 19 94	BARRANQUILLA
AGNEO S.A.S	324 3515895	CR 43A 61 SUR 152 BG 151	SABANETA
EDIFICIO TERMINAL DE TRANSPORTE DE BARRANQUILLA	314 5970518	CR 14 54 186 LC 101 A	SOLEDAD

E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS LEÓN | Gobernación del MAGDALENA

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO SARLAF PROVEDORES

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a la Circular Externa 000009 del 21 de Abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

V. OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera?	Tipo de transacciones						
	Importaciones	Exportaciones	Inversiones	Préstamos	Pago de servicios	Transferencias	Otros
Sí ☐ No ☑	¿Cual?						

Productos financieros en moneda extranjera

Tipo de producto	No. de producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.): Negocio propio

   Mis recursos proviene exclusicamete de mi desempeño de la actividad economica que realizo : venta, mantenimiento y reparacion de generadores Diesel, instalacion y mantenimiento de redes electricas
2. Tanto mi (nuestra) actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. De manera irrevocable autorizo a la **E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN**, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
6. Eximo/Eximimos a **E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN**, sus representantes legales y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

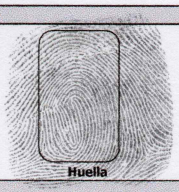
VII. DECLARACIONES ADICIONALES

1. Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?	Si		No	X
2. La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton?	Si		No	X
3. Si es persona natural ha sido incluido en listas inhibitorias como la lista Clinton?	Si		No	X

VIII. 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:

Firma
(Persona natural o Representante Legal si es persona jurídica)



Huella

DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURÍDICA

Nombre de la persona que lo diligencia	Tipo de documento						Número de identificación
LIZETH REBOLLEDO MADRID	CC	X	CE		PAS		1.004.487.017

Lugar de expedición	Firma
ARACATACA	

ASPECTOS GENERALES

ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON se reserva el derecho de aceptar a las personas naturales o jurídicas que considere aptas para ser inscritas en el Registro de clientes y/o contrapartes.
Cualquier información adicional o inquietud favor dirigirla a la siguiente dirección de correo electrónico: **gerencia@hospitalfrayluis.gov.co**

OBSERVACIONES