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	x	FECHA DILIGENCIAMIENTO			27	2	2026			
CLASE DE VINCULACION	EMPLEADO		CONTRATISTA	x	MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA		OTRO		CUAL:				
CLASE DE PERSONA:	NATUAL		JURIDICA	x									

I. INFORMACIÓN BÁSICA DE LA PERSONA NATURAL O JURIDICA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: ADMINISTRACION COOPERATIVA DE ENTIDADES DE SALUD DEL TOLIMA	NIT	C.C	No. 800,250,023-3	CÓDIGO CIIU	4645-4773
OBJETO SOCIAL DE LA EMPRESA - ACTIVIDAD ECONOMICA: DISTRIBUIDORES DE INSUMOS HOSPITALARIOS					

DIRECCIÓN: CALLE 19 Nº7-109 INTERLAKEN	CIUDAD/DPTO. Ibague Tolima	TELÉFONO: 3176550511	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO secretaria@coodestol.com.co

II. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL (PERSONA JURIDICA)

APELLIDOS: Lievano Rodriguez	NOMBRES: Claudia Milena	Tipo	C.C	x	C.E		P.P		
		Número	65,761,933						
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Ibague Tolima	CIUDAD/ Ibague Tolima	CELULAR 3103411297	CORREO ELECTRÓNICO gerencia@coodestol.com.co						

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 SUS RECURSOS PROVIENEN DE LA		X
EXISTE ALGUN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PUBLICAMENTE EXPUSTA?		X

INFORMACIÓN FINANCIERA ANUAL	
ACTIVOS	$120,000,000
PASIVOS	$40,000,000
PATRIMONIO	$
INGRESOS	$
GASTOS	$
OTROS INGRESOS	$
Fecha de Corte:	

Ingresos mensuales	$17,509,050
Egresos mensuales	$10,000,000
Otros Ingresos	$1,000,000
Detalle de Otros Ingresos:	

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

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

y mi actividad, 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, proceser 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.

Nombres y Apellidos persona natural y/o del Representante Legal Persona Juridica :

CLAUDIA MILENA LIEVANO RODRIGUEZ

Número de Documento de Identidad 65,761,933

Firma

Huella

VI. RELACIÓN DE ANEXOS

DOCUMENTOS PERSONA JURIDICA	SI	NO	DOCUMENTOS PERSONA NATURAL	SI	NO
1. Certificado de Cámara de Comercio con fecha de expedición no mayor a trinta (30) días	X		1. Fotocopia del documento de identidad ampliado al 150%		
2. Registro Único Tributario "RUT"	X		2. Registro Único Tributario "RUT"		
3. Fotocopia del documento de identidad del representante legal ampliado al 150%	X		3. Certificado de Antecedentes Fiscales		
4. Certificado de Antecedentes Fiscales de la Empresa	X		4. Certificado de Antecedentes Disciplinarios		
5. Certificado de Antecedentes Fiscales del Representante Legal	X		5. Certificado de Antecedentes Policiales		
6. Certificado de Antecedentes Disciplinarios del Representante Legal	X		6. Certificado de Ingresos y Retenciones		
7. Certificado de Antecedentes Policiales del Representante Legal	X		7. Fotocopia Declaración de Renta, en el caso de los PEPs		
8. Estados Financieros con corte al último cierre de año	X				

VII. FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA VERIFICACION

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