



FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE "SARLAFT"
INFORMACION GENERAL PARA VINCULACION Y/O
ACTUALIZACION DE CLIENTES Y/O PROVEEDORES
ASSBASALUD E.S.E

CIUDAD Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO MANIZALES 26 DE FEBRERO DE 2023		TIPO DE PERSONA: Natural ☐ Jurídica ☒		ACTIVIDAD ECONOMICA RUT (4 dígitos)										
TIPO DE CONTRIBUYENTE: Régimen Simplificado ☐ Régimen Común ☒ Grandes Contribuyentes ☐ Otras entidades ☐														
NOMBRE DEL CONTRATISTA QUE DILIGENCIA ESTE FORMULARIO KAREN BERMUDEZ PATIÑO		IDENTIFICACION 1053836482		TELEFONO 3205045648										
NOMBRE O RAZON SOCIAL FUMIFIN FUMIGACION Y CONTROL DE PLAGAS SAS		IDENTIFICACION <table border="1"><tr><td>9</td><td>0</td><td>0</td><td>8</td><td>2</td><td>9</td><td>3</td><td>6</td><td>1</td><td>8</td></tr></table> DV8		9	0	0	8	2	9	3	6	1	8	
9	0	0	8	2	9	3	6	1	8					
(Cédula de ciudadanía, Cédula de Extranjería, Carné Diplomático, Pasaporte o NIT)														
DIRECCION CALLE 2 10 65		TELÉFONOS	CIUDAD MANIZALES	E-MAIL fumifincontroldeplagas@mail.com										
Ingresos Mensuales		Egresos Mensuales		Concepto otros ingresos:										
Activos		Pasivos												
Patrimonio		Otros Ingresos												
FECHA DE CONSTITUCION EN CAMARA DE COMERCIO O PERSONERIA JURIDICA		Día Mes Año 11 03 2015	E-MAIL EMPRESARIAL fumifincontroldeplagas@gmail.com											
CONTACTO COMERCIAL con ASSBASALUD E.S.E		E-MAIL	DIRECCION OFICINA	TELEFONO										
NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL		IDENTIFICACION	DIRECCION OFICINA	TELEFONO										
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO REPRESENTANTE LEGAL		OCUPACIÓN O PROFESIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL												
¿ESPECIFICAR SI MANEJA RECURSOS PÚBLICOS Y/U OSTENTA ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO Y/O GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? (Declaración del Representante Legal o Persona Natural de si tiene o no la condición de Persona Política mente Expuesta (PEP). Es servidor público).				SI NO										
¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES? Señale el tipo de operación: Importaciones __, exportaciones __, inversiones __, prestamos __, envío y/o recepción de giros __, pago de servicios __				SI NO										
INFORMACION DE CUENTA BANCARIA AUTORIZADA PARA PAGOS Y/O GIROS														
NOMBRE DEL BANCO	SUCURSAL (Dirección y teléfono)	CUENTA NUMERO	ANTIGÜEDAD											
REFERENCIAS COMERCIALES														
NOMBRE DE LA EMPRESA	DIRECCION	TELEFONO	ANTIGÜEDAD											
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	ANSERMA CALDAS	853 3838	SUPERIOR A 5 AÑOS											
DECLARACION 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 contempladas en el Código Penal Colombiano. 2. La información que he suministrado es veraz, verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. 3. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle actividad o negocio): Origen:														
AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS														
De manera expresa AUTORIZO para que ASSBASALUD E.S.E. actúe como responsable del tratamiento de mis datos personales de los cuales soy titular en los términos de la ley estatutaria 1581 de 2012; el tratamiento de mis datos personales por parte de la compañía, será en general las propias del desarrollo de su objeto social y en especial para los fines legales y contractuales existente entre las partes.														
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL / PERSONA NATURAL Karen Bermúdez Patiño		IDENTIFICACION 1053836482	FIRMA 											