Assbasalud ESE
Hace parte de mi vida

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	TIPO DE PERSONA:	ACTIVIDAD ECONOMICA RUT (4 DIGITOS)
Manizales 4 septiembre 2026	Natural [X] Jurídica [ ]	

TIPO DE CONTRIBUYENTE:	Régimen Simplificado		Régimen Común		Grandes Contribuyentes		Otras entidades	

NOMBRE DEL CONTRATISTA QUE DILIGENCIA ESTE FORMULARIO	IDENTIFICACION	TELEFONO
Manuel Ortiz Cañaveral	1002634141	3216294833

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACION	DV8
ASSBASALUD ESE	8 0 0 0 4 4 9 6 7 8 (Cédula de ciudadanía, Cédula de Extranjería, Carné Diplomático, Pasaporte o NIT)	

DIRECCION	TELÉFONOS	CIUDAD	E-MAIL
Calle 27 #17-32	6068722113	Manizales	

Ingresos Mensuales	2.551.950	Egresos Mensuales		Concepto otros ingresos:
Activos		Pasivos		
Patrimonio		Otros Ingresos		

FECHA DE CONSTITUCION EN CAMARA DE COMERCIO O PERSONERIA JURIDICA	Día Mes Año	E-MAIL EMPRESARIAL

CONTACTO COMERCIAL con ASSBASALUD E.S.E	E-MAIL	DIRECCION OFICINA	TELEFONO
Javier Antonio Ruiz		Calle 27 #17-32	8722113

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL	IDENTIFICACION	DIRECCION OFICINA	TELEFONO
Ricardo Castaño Ospina		Calle 27 #17-32	8722113

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO REPRESENTANTE LEGAL	OCUPACIÓN O PROFESIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL
	Gerente

¿ESPECIFICAR SI MANEJA RECURSOS PÚBLICOS Y/U OSTENTA ALGÚN 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 Políticamente 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 NÚMERO	ANTIGÜEDAD
Bancolombia	Centro	85942018300	4 años

REFERENCIAS COMERCIALES

NOMBRE DE LA EMPRESA	DIRECCION	TELEFONO	ANTIGÜEDAD

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 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 existentes entre las partes.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL / PERSONA NATURAL	IDENTIFICACION	FIRMA	HUELLA
Manuel Ortiz Cañaveral	1002634141	Manuel Ortiz.	