**FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT**

*Esta información es utilizada para cumplimiento a la circular externa 2509 del 21 de abril de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud*

| Fecha de diligenciamiento | | | Tipo de Cliente o Contraparte | | | | | | | | | | Tipo de Solicitud | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 24 día | 08 mes | 2026 año | Cliente | | Contratista | X | Prestador IPS | | Proveedor | | Vinculación | | | |
| | | | Colaborador | | Junta Directiva | | Accionista | | Otro | | Actualización | | | |

## 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) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| 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 |
|---|---|---|
| JM LAVANDERIA SAS | 900879250-6 | jymlavandier.s.a.s@gmail.com |

| Tipo de sociedad: | Anónima ☐ | Limitada ☐ | S.A.S. ☐ | Otra ☐ | ¿Cuál? |
|---|---|---|---|---|---|
| Tipo de empresa: | Privada X | Pública ☐ | Mixta ☐ | Sin ánimo de lucro ☐ | |

### Actividad económica principal

| Salud ☐ | Farmacéutico ☐ | Químico ☐ | Industrial ☐ | Otro ☐ | ¿Cuál? |
|---|---|---|---|---|---|
| Transportes ☐ | Servicios X | Comercial ☐ | Financiero ☐ | | Código CIIU 9601 |

Descripción de la actividad económica SERVICIOS DE LAVANDERIA HOSPITALARIA

| Dirección oficina principal | Teléfono | Celular | Ciudad | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| CRA 9 NORTE 9 440 VIA LA LIN | 310466164 | | | |
| **Dirección agencia o sucursal** | **Teléfono** | **Celular** | **Ciudad** | **Departamento** |
| | | | | |

### Representante Legal

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento | N° Identificación |
|---|---|---|---|---|---|
| RIOS | OROZCO | LEIDY | JHOANA | CC X CE ☐ PAS ☐ CD ☐ | 1060651224 |

| Lugar de expedición | Dirección | Teléfono | Ciudad |
|---|---|---|---|
| VILLAMARIA CALDAS | CALLE 2 A NO 5-34 | 310466164 | MANIZALES |

| 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? ☐ | | |

**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? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

## II. INFORMACIÓN FINANCIERA

| Total activos $ 10.95.080 | Total pasivos $10.984.612 | Patrimonio $ 589.532 |
|---|---|---|
| Ingresos mensuales $29.860.000 | Egresos mensuales $ 26.860.000 | Otros ingresos $ 0 |
| Concepto de otros ingresos | | Información financiera a corte de: 31-12-2025 |

## III. INFORMACIÓN BANCARIA

| Tipo de Cuenta: Corriente | Tipo de Cuenta: Ahorros | Entidad Financiera | Sucursal | Teléfono |
|---|---|---|---|---|
| | 108900550857 | BANCO DAVIVIENDA | MANIZALES | 6013383838 |
| | | | | |

## IV. REFERENCIAS COMERCIALES

| Nombre | Teléfono | Dirección | Ciudad |
|---|---|---|---|
| TODO QUIMICOS SAS | 6068848703 | AVENIDA DEL CENTRO 22 18 | MANIZALES |
| | | | |

## V. OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera? Sí ☐ No ☐

**Tipo de transacciones**

| Importaciones ☐ | Exportaciones ☐ | Inversiones ☐ | Préstamos ☐ | Pago de servicios ☐ | Transferencias ☐ | Otros ☐ |
|---|---|---|---|---|---|---|

¿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.):

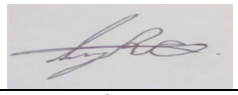
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. De manera irrevocable autorizo a el Hospital General San Isidro ESE., 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. Eximimos a el Hospital General San Isidro ESE., 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 |
| 2. | La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton? | Si | | No |
| 3. | Si es persona natural ha sido incluido en listas inhibitorias como la lista Clinton? | Si | | No |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LEIDY JHOANA RIOS OROZCO | CC | X | CE | | PA S | | 1060651224 |

| | |
|---|---|
| MANIZALES | |