



FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS
NATURALES Y JURÍDICAS SARLAFT
E.S.E HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO DE CUCUTA

VERSION: 01

EDICIÓN:

PÁGINA 1 DE 3

Fecha de Diligenciamiento: D M A Ciudad: Tipo de solicitud: Nuevo Renovación Actualización
Clase de vinculación con la UEN: Contratista Proveedor servicios de salud Proveedor de suministros Otro

1. PERSONA NATURAL

Apellidos: primer apellido segundo apellido Nombres: primer nombre segundo nombre
CC CE TI RC Otro No Fecha de Nacimiento: D D M M A A A A
Lugar de Nacimiento: Nacionalidad: Ocupación/ Oficio:
Profesión: Teléfono: Celular:
Dirección Residencia: Municipio:
Ingresos Mensuales: \$ - Egresos Mensuales: \$ -
Activos (pesos): \$ - Pasivos (pesos): \$ -
Patrimonio (pesos): \$ - Otros ingresos (pesos): \$ -
Concepto Otros Ingresos:

2. PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social: NIT: DV:
Tipo de Empresa: Pública Privada Mixta Sector de la Economía: CIU:
Tipo de contribuyente: Régimen simplificado Régimen Común Grandes Contribuyentes Otras entidades
Fecha de constitución en Cámara de Comercio: D D M M A A A A Correo electrónico empresarial:
Oficina Principal Dirección: Municipio: Teléfono:
Sucursal/agencia Dirección: Municipio: Teléfono:
Representante Legal: primer apellido segundo apellido primer nombre segundo nombre
CC CE TI RC Otro No Fecha de Nacimiento: D D M M A A A A

Identificación de asociados o accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (si requiere más espacio anexe relación)

ID	Número ID	NOMBRES Y APELLIDOS	¿por su actividad o cargo administra recursos	¿por su actividad o cargo ejerce algún grado de	¿por su actividad o cargo goza de reconocimiento	¿Esta obligado a declaración tributaria en otro país(es)? Cuáles
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Ingresos Mensuales: \$ - Egresos Mensuales: \$ -
Activos (pesos): \$ - Pasivos (pesos): \$ -
Patrimonio (pesos): \$ - Otros ingresos (pesos): \$ -
Concepto Otros Ingresos:

3. PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS - PEP

¿Por su cargo maneja recursos públicos? SI NO
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI NO
¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SI NO
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI NO
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? SI NO

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- 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 de las contempladas en el Código Penal Colombiano
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen:

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI NO Importaciones Exportaciones Inversiones Transferencias Otra
Indique otras operaciones:

