

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 1 de 32

104

Popayán, 11 de octubre del 2023

Doctor

VICTOR FABIO GOMEZ FRANCO

Jefe Oficina Control Interno

Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E

Ciudad

Atento saludo

ASUNTO: Informe SARLAFT primer semestre año 2023.

Por medio del presente me permito presentar el informe de las evidencias de la rendición de la información en la plataforma UIAF de los formatos de proveedores, procedimientos y ROS, del periodo fiscal correspondiente al preimer semestre del año 2023.

SOPORTE MES DE ENERO DEL 2023

Certificado

Reporte generado el 10 feb de 2023 12:19:59p.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Operaciones Sospechosas" fue Exitoso

No. Radicación:	2165617
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	En Linea
Fecha de radicación:	10/02/2023 12:19:55 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 1 - 2023
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 1 - 2023
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	1438811
Estado:	Exitoso

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 2 de 32

Certificado

Reporte generado el 10 feb de 2023 12:23:31p.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Proveedores (CE009)" fue Exitoso

No. Radicación:	2165623
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	10/02/2023 12:23:28 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 1 - 2023
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 1 - 2023
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	48527
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 10 feb de 2023 12:22:24p.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Procedimientos (CE009)" fue Exitoso

No. Radicación:	2165622
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	10/02/2023 12:22:21 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 1 - 2023
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 1 - 2023
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	48690
Estado:	Exitoso

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 3 de 32

SOPORTE MES DE FEBRERO DEL 2023 Certificado

Reporte generado el 7 mar de 2023 03:04:15p.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Operaciones Sospechosas" fue Exitoso

No. Radicación:	2179798
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	En Línea
Fecha de radicación:	07/03/2023 03:04:11 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 2 - 2023
Fecha final a la que corresponde el reporte:	28 - 2 - 2023
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	1444639
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 7 mar de 2023 03:07:20p.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Proveedores (CE009)" fue Exitoso

No. Radicación:	2179809
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	07/03/2023 03:07:17 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 2 - 2023
Fecha final a la que corresponde el reporte:	28 - 2 - 2023
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	48942
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 7 mar de 2023 03:06:33p.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Procedimientos (CE009)" fue Exitoso

No. Radicación:	2179807
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	07/03/2023 03:06:30 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 2 - 2023
Fecha final a la que corresponde el reporte:	28 - 2 - 2023
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	49110
Estado:	Exitoso

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 4 de 32

SOPORTE MES DE MARZO DEL 2023 Certificado

Reporte generado el 10 ABR de 2023 11:08:59a.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Operaciones Sospechosas" fue Exitoso

No. Radicación:	2209608
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	En Línea
Fecha de radicación:	10/04/2023 11:08:57 a.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 3 - 2023
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 3 - 2023
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	1457047
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 10 ABR de 2023 11:08:01a.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Proveedores (CE009)" fue Exitoso

No. Radicación:	2209601
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	10/04/2023 11:07:53 a.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 3 - 2023
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 3 - 2023
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	49657
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 10 ABR de 2023 11:06:03a.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Procedimientos (CE009)" fue Exitoso

No. Radicación:	2209566
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	10/04/2023 11:05:56 a.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 3 - 2023
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 3 - 2023
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	49815
Estado:	Exitoso

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 5 de 32

SOPORTE MES DE ABRIL DEL 2023 Certificado

Reporte generado el 12 may de 2023 03:17:09p.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Operaciones Sospechosas" fue Exitoso

No. Radicación:	2243068
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	En Línea
Fecha de radicación:	12/05/2023 03:17:05 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 4 - 2023
Fecha final a la que corresponde el reporte:	30 - 4 - 2023
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	1470620
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 12 may de 2023 02:42:14p.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Proveedores (CE009)" fue Exitoso

No. Radicación:	2242990
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	12/05/2023 01:30:09 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 4 - 2023
Fecha final a la que corresponde el reporte:	30 - 4 - 2023
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	50459
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 12 may de 2023 02:40:56p.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Procedimientos (CE009)" fue Exitoso

No. Radicación:	2242989
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	12/05/2023 01:29:39 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 4 - 2023
Fecha final a la que corresponde el reporte:	30 - 4 - 2023
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	50621
Estado:	Exitoso

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 6 de 32

SOPORTE MES DE MAYO DEL 2023

2/5/23, 14:30

UIAF Reporte en Línea - Reporte ROS

							
Información de registro							
Número de radicación	1470609			Fecha de envío	12/05/2023 02:28:59 p.m.		
Identificación de la operación intentada							
Número de reporte	1470609						
Clase del reporte	Reporte Inicial		Código de ROS Relacionado				
Moneda	pesos		Valor de la transacción	5332600,00			
Temática	Variaciones patrimoniales						
Periodo de analisis	Fecha inicial	01/04/2023 12:00:00 a.m.	Fecha final	30/04/2023 12:00:00 a.m.			
Descripción de la operación sospechosa	Consignación de paciente ALEJANDRO HUMBERTO ALVAREZ GONZALEZ, identificado con documento F55907490, por procedimientos realizados por atención de Urgencias.						
Señales de alerta							
¿Notificó a otra autoridad?	No		Autoridad(es)				
¿Las personas fueron solicitadas por alguna entidad competente?	No		Entidad(es)				
Documentos de soporte de la operación sospechosa							
Persona Jurídica							
Persona Natural							
Tipo de identificación	Identificación	Nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Entidad	Rol	Pep
Cédula de extranjería	F55907490	ALEJANDRO	ALVAREZ	GONZALEZ		PACIENTE	NO

[tps://reportes.uiaf.gov.co/ReportesFSMCif64/Modules/Reportes/html/WFRROSNImpresion.aspx?ROSN_ID=1470609](https://reportes.uiaf.gov.co/ReportesFSMCif64/Modules/Reportes/html/WFRROSNImpresion.aspx?ROSN_ID=1470609)

1.

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 7 de 32

Certificado

Reporte generado el 12 may de 2023 02:17:44p.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Operaciones Sospechosas" fue Exitoso

No. Radicación:	2243009
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	En Línea
Fecha de radicación:	12/05/2023 02:17:39 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 5 - 2023
Fecha final a la que corresponde el reporte:	12 - 5 - 2023
No. de registros involucrados en el reporte:	1
Tipo de reporte:	Positivo
Código de la entrega:	1470603
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 6 jun de 2023 03:29:48p.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Proveedores (CE009)" fue Exitoso

No. Radicación:	2255029
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	06/06/2023 03:29:44 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 5 - 2023
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 5 - 2023
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	50787
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 6 jun de 2023 03:25:23p.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Procedimientos (CE009)" fue Exitoso

No. Radicación:	2255025
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	06/06/2023 03:25:19 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 5 - 2023
Fecha final a la que corresponde el reporte:	31 - 5 - 2023
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	50939
Estado:	Exitoso

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 8 de 32

SOPORTE MES DE JUNIO DEL 2023 Certificado

Reporte generado el 6 jul de 2023 03:40:24p.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Operaciones Sospechosas" fue Exitoso

No. Radicación:	2280744
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	En Línea
Fecha de radicación:	06/07/2023 03:40:21 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 6 - 2023
Fecha final a la que corresponde el reporte:	30 - 6 - 2023
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	1486906
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 6 jul de 2023 03:39:50p.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Proveedores (CE009)" fue Exitoso

No. Radicación:	2280740
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	06/07/2023 03:39:43 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 6 - 2023
Fecha final a la que corresponde el reporte:	30 - 6 - 2023
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	51443
Estado:	Exitoso

Certificado

Reporte generado el 6 jul de 2023 03:38:15p.m.

Por este medio la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF de Colombia certifica que el Reporte "Reporte Procedimientos (CE009)" fue Exitoso

No. Radicación:	2280724
Entidad:	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.
Medio de entrega de la información:	Cargue en línea
Fecha de radicación:	06/07/2023 03:38:12 p.m.
Fecha inicial a la que corresponde el reporte:	1 - 6 - 2023
Fecha final a la que corresponde el reporte:	30 - 6 - 2023
No. de registros involucrados en el reporte:	0
Tipo de reporte:	Ausencia
Código de la entrega:	51588
Estado:	Exitoso

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN <i>Confianza y valor para su vida</i> NIT. 891.580.002-5	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	FO-ARH-01
		Versión: 04
		Página 9 de 32

Adicional a los reportes de la plataforma UIAF y ROS, se están actualizando los formatos SARLAFT con las entidades que los requieren, esto en base a la circular externa 006 de 2016 SUPERSALUD, por la cual se imparten instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (SARLAFT).

POSITIVA
FIDUAGRARIA
STEWART COLOMBIA
HSLV
SUMINISTRO RADIOGRAFICOS
COOMEVA
MEDIREX
AIC

Anexo formularios.

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 10 de 32

 **FORMULARIO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE PROVEEDORES**

TIPO DE PROVEEDOR Natural ☐ Jurídica ☒

Fecha diligenciamiento
DÍA MES AÑO

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL (Para las personas jurídicas esta información será la del representante legal)

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS **CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS** N°. Identificación **76.314.758**

Tipo de identificación CC ☒ CE ☐ PA ☐ TI ☐ RC ☐ Fecha de expedición **31 08 1990** Expedida en **POPAYÁN**

Fecha de Nacimiento Año **1971** Mes **11** Día **28** Lugar de Nacimiento **SANTANDER DE QUILICHAO** Nacionalidad **COLOMBIANA**

Dirección Residencia **CARRERA 6 # 10 N 142** País - Dpto. - Ciudad **COLOMBIA - CAUCA - POPAYÁN** Teléfono casa **602824508 - EXT. 101** Celular **3023766393**

DETALLE ACTIVIDAD

Asalariado ☐ Independiente ☐ Estudiante ☐ Rentista ☐ Socio ☐ Pensionado ☐

Código de Actividad "CIIU" **8610** E-Mail **gerencia@hospitalsanjose.gov.co**

¿Actualmente está laborando? Si ☐ No ☒

Ocupación / Profesión **MEDICO** Nombre Empresa donde Trabaja **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E** Cargo que Desempeña **GERENTE**

Dirección Empresa **CARRERA 6 # 10 N 142** Ciudad **POPAYÁN** Teléfono **602824508 - EXT. 101** E Mail **gerencia@hospitalsanjose.gov.co**

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Si ☒ No ☐ Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? Si ☒ No ☐ Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si ☒ No ☐

Actualmente es una persona políticamente expuesta Si ☐ No ☒ Si su respuesta fue afirmativa por favor indique la fecha de vinculación al cargo

Durante los últimos 2 años ha sido considerado como una persona políticamente expuesta Si ☐ No ☒ Si su respuesta fue afirmativa por favor indique el cargo y la fecha de retiro

¿Tiene usted algún vínculo familiar con una Persona Pública o Políticamente Expuesta? Si ☐ No ☒

Si su respuesta fue afirmativa suministre la siguiente información

Padre ☐ Hijo ☐ Hermano ☐ Nieto ☐ Abuelo ☐ Suegro ☐ Yerno ☐ Cuñado ☐ Esposo ☐

Nombre Completo _____ Número de identificación _____

Nombre Completo _____ Número de identificación _____

Nombre Completo _____ Número de identificación _____

PERSONA JURÍDICA

Razón social **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E** NIT **891.508.002-5**

Dirección oficina principal **CARRERA 6 # 10 N 142** Ciudad **POPAYÁN** Teléfono **602824508 - EXT. 101** Fax _____

¿Cuenta con una sucursal o agencia? Si ☐ No ☒

Dirección sucursal o agencia _____ País - Dpto. - Ciudad _____ Teléfono _____ Fax _____

Tipo de empresa: Pública ☒ Privada ☐ Mixta ☐ Inversión extranjera ☐ Otra ☐ Cuál _____

Código de actividad CIIU **8610** E-mail **gerencia@hospitalsanjose.gov.co**

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5 % DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR RELACIÓN)

¿Cuenta con accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5 % del capital social, aporte o participación? Si ☐ No ☒

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA (Esta información será de la Compañía para personas jurídicas)

Total activos **379.409.665** Total pasivo **39.148.854**

Ingresos Mensuales **26.844.203,67** Otros Ingresos \$ **1.767.125,17** Concepto (Otros Ingresos) **Arrendamiento, Esterilización, Aprovechamiento**

Egresos Mensuales **7.582.048** Otros Egresos \$ _____ Concepto (Otros Egresos) _____

No se aceptarán formularios con espacios en blanco, tachaduras o enmendaduras

1

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 11 de 32

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES						
Realiza transacciones en moneda extranjera? SI ☐ NO ☒						
Inversiones ☐		Préstamos ☐		Trasferencias ☐		Otros ☐
Tipo de Transacción: Importación ☐ Exportación ☐				Cuál?		
Tipo de Producto	Identificación o Número del Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y RIQUEZA Y AUTORIZACIÓN CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO E INFORMACION
Declaro expresamente que: 1. Los recursos que la Compañía posee provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.) PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD 2. Tanto mi actividad o la actividad de la compañía a la cual represento, 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 o de los países no cooperantes en la lucha contra el LA/FT. 3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente o cuando sea solicitada por Positiva Compañía de Seguros. 4. Autorizo a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., para solicitar, consultar, procesar, suministrar, 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 formato. 5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas

6. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
Si en el desarrollo del objeto contractual la CONTRATANTE recolecta o recibe datos personales de la CONTRATISTA, se entenderá que la CONTRATISTA, en calidad de titular del dato personal autoriza de manera previa, expresa e informada para que transfieran, transmitan, trasladen, compartan, almacenen, revelen o utilicen la información personal para el cumplimiento del contrato. La CONTRATISTA ha sido informada de que la CONTRATANTE cuenta con (a) una Política de Tratamiento de la Información, (b) un responsable encargado de atender todas las consultas reclamos relacionados la protección de los datos personales que se dirijan al correo electrónico servicioalcliente@positiva.gov.co La CONTRATISTA declara que ha sido informada que, en calidad de titular, tiene el derecho de acceder, conocer, modificar, actualizar, o rectificar los datos personales de las bases de datos administradas por el CONTRATANTE. La CONTRATISTA otorga su autorización libre, expresa, previa e informada al CONTRATANTE para tratar sus datos sensibles, habiendo sido informado del carácter facultativo que implica revelación de ese tipo de datos personales. La CONTRATANTE podrá transmitir o transferir, dentro o fuera del territorio colombiano, los datos personales recolectados en virtud del presente contrato, sin que para ello sea necesario obtener nuevamente la autorización de la CONTRATISTA. SI ☒ NO ☐

9. 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 proveedor o Representante Legal  Huella

10. INFORMACIÓN ENTREVISTA
Lugar de la entrevista
Fecha de la entrevista: DÍA MES AÑO Hora
Nombre funcionario que realiza la entrevista
Firma funcionario que realiza la entrevista
Resultado de la Entrevista
La entrevista la realiza el funcionarios del área que supervisará el contrato

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN
Fecha de Verificación: DÍA MES AÑO Hora
Nombre y Cargo de quien verifica
Firma
Resultado de la Verificación
La verificación se encuentra a cargo del superior jerárquico de quién realiza la entrevista

Aprobó: Junta Directiva
 Revisó: Alexander Ruiz Ceballos - Oficial de Cumplimiento
 Elaboró: Luisa Viviana Pérez Gómez- Profesional Especializado

Código: EST_3_3_1_FR02
 Versión: 2
 Clasificación: Pública clasificada

No se aceptarán formularios con espacios en blanco, tachaduras o enmendaduras

2

Email: subgerencia@hospitalsanjose.gov.co Oficina de atención al usuario: 3206651134

www.hospitalsanjose.gov.co

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 12 de 32



FORMULARIO DE VINCULACIÓN Y ACTUALIZACIÓN PERSONA JURÍDICA O ESTRUCTURA SIN PERSONERÍA JURÍDICA

Vinculación ☐ Actualización ☒

Persona jurídica ☐ Estructura sin personería jurídica ☐

En calidad de:

☐ Cliente
☒ Beneficiario de contrato
☐ Proveedor
☐ Comprador de activos fijos
☐ Supervisor y/o interventor
☐ Miembro de Comité fiduciario

Tipo de producto: Fondo de inversión colectiva ☐ ¿Cuál?
 Negocio Fiduciario ☐

Objetivo del contrato
 (Solo aplica a proveedor)

1. DATOS PERSONALES

Fecha de diligenciamiento:
29/9/23

Razón social: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN

NIT: 891580002-5

Dirección:
CARRERA 6 # 10 N 142

Teléfono:
6028234508

Ciudad / Departamento:
POPAYÁN - CAUCA

Tipo de empresa:
Privada ☐ Pública ☒ Mixta ☐

Código de la actividad económica principal CIIU:
8610

Dirección de correo electrónico:
gerencia@hospitalsan jose.gov.co

2. PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE - PEP

En caso de que el espacio sea insuficiente por favor adjunte dicha información.

La calidad de Personas Expuestas Políticamente (PEP) se mantendrá en el tiempo durante el ejercicio del cargo y por dos (2) años más desde la dejación, renuncia, despido o declaración de insubsistencia del nombramiento, o de cualquier otra forma de desvinculación, o terminación del contrato.

1. ¿Es asociado cercano (administradores, accionistas, controlantes o gestores) de una persona que ha ocupado durante los últimos dos años uno de los cargos relacionados en el Decreto 830 del año 2021 (Ver anexo)?

Sí ☐
 No ☒

Nombres y apellidos:

Documento de identidad No.:
C.C. ☐ C.D. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NUIP ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

Cargo:

Entidad:

Fecha de vinculación:

Fecha de desvinculación:

Tipo de Asociado:

2. ¿Es fideicomitente de patrimonios autónomos o fideicomisos que administren recursos públicos?

Sí ☐
 No ☒

Entidad fiduciaria:

Entidad pública de la cual administra los recursos:

3. Algún miembro de Junta Directiva o controlante ha ocupado durante los últimos dos años uno de los cargos relacionados en el Decreto 830 del año 2021 (Ver anexo).

Sí ☒
 No ☐

Nombres y apellidos:

Documento de identidad No.:
C.C. ☐ C.D. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NUIP ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

Cargo:

Entidad:

Fecha de vinculación:

Fecha de desvinculación:

Controlante (Acorde al Art 26 ley 222 de 1995): Persona Natural o Jurídica de la cual depende el poder de decisión de otra, conocida como filial si el control se ejerce directamente o subsidiarias si el control es ejercicio por las filiales de la matriz.

3. ACCIONISTAS O SOCIOS CON PARTICIPACIÓN DEL CAPITAL SOCIAL DIRECTA O INDIRECTAMENTE SUPERIOR AL 5%

Nombres y apellidos completos / Razón social:

Documento de identidad:
 C.C. ☐ C.D. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NUIP ☐ Otro ☐ ¿Cuál?
 Nro. de identificación:

País de expedición:

País de constitución / nacimiento:

Nacionalidad:

Fecha de nacimiento / constitución:

País de residencia:

Departamento o estado de residencia:

Ciudad de residencia:

Código postal:

Correo electrónico:

% Participación:

Dirección de residencia:

Fecha inicio beneficiario final:

Fecha finaliza beneficiario final:

¿Ha ocupado durante los últimos dos años uno de los cargos relacionados en el Decreto 830 del año 2021 (Ver anexo)?

Sí ☐
 No ☐

Cargo:

Entidad:

Fecha de vinculación:

Fecha de vinculación:

¿Tiene responsabilidad fiscal en más de un país?

Sí ☐
 No ☐

En caso afirmativo por favor relacione la siguiente información:

País:

Número de identificación tributaria:

Nombres y apellidos completos / Razón social:

Documento de identidad:
 C.C. ☐ C.D. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NUIP ☐ Otro ☐ ¿Cuál?
 Nro. de identificación:

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 13 de 32

País de expedición:		País de constitución / nacimiento:		Nacionalidad:		Fecha de nacimiento / constitución:		País de residencia:	
Departamento o estado de residencia:		Ciudad de residencia:		Código postal:		Correo electrónico:		% Participación:	
Dirección de residencia:		Fecha inicio beneficiario final:		Fecha finaliza beneficiario final:		¿Ha ocupado durante los últimos dos años uno de los cargos relacionados en el Decreto 830 del año 2021 [Ver anexo]?		Si ☐ No ☐	
Cargo:		Entidad:		Fecha de vinculación:		Fecha de desvinculación:			
¿Tiene responsabilidad fiscal en más de un país?		En caso afirmativo por favor relacione la siguiente información:						Si ☐ No ☐	
País:				Número de identificación tributaria:					

4. REPRESENTANTE LEGAL

Documento de identidad: C.C. ☒ C.D. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NUIP ☐ Otro ☐ ¿Cuál?		Nombres y apellidos completos CESAR EDMUNDO SARRIA PO		País de nacimiento: COLOMBIA		Fecha de nacimiento: 28/11/71		Nacionalidad: COLOMBIANO	
Nro. de identificación:									
País de expedición: COLOMBIA		País de residencia: COLOMBIA		Departamento o estado de residencia: CAUCA		Ciudad de residencia: POPAYÁN		Código postal: 19002	
Teléfono o celular: 3216116894		Dirección de correo electrónico: gerencia@hospitalsanjose.gov.co		Fecha inicio representación legal: 1/4/20		Fecha finaliza representación legal: 31/3/24		¿Ha ocupado durante los últimos dos años uno de los cargos relacionados en el Decreto 830 del año 2021 [Ver anexo]?	
Cargo: GERENTE		Entidad: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE		Fecha de vinculación: 1/4/20		Fecha de desvinculación: 31/3/24			

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales operacionales: 21952480.75		Egresos mensuales: 0239006.50		Activos: 344055442		Pasivos: 21301232	
Otros ingresos originados en actividades diferentes a la principal				Fecha de corte de la información financiera:			
Concepto: 1444177.42				Valor promedio mensual:			
				31/12/22			

6. TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Si ☐ No ☒

En caso afirmativo, por favor relacione el tipo de transacción:

Importaciones ☐ Pagos ☐ Servicios ☐ Préstamos ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Transferencias ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

7. PRODUCTOS EN MONEDA EXTRANJERA

¿Tiene productos financieros en el extranjero en la cual tiene derecho o poder de firma o de otra índole? Si ☐ No ☒

En caso afirmativo por favor relacione:

Tipo de producto: Número de identificación del producto: Entidad:

País: Ciudad: Moneda: Monto: En Calidad de: Titular ☐ Apoderado ☐ Firma autorizada ☐

8. DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA EXTRANJERA

1. La Persona Jurídica se constituyó en un país diferente a Colombia Si ☐ No ☒ En caso de que la respuesta sea positiva indique en que país se constituyó:

2. ¿La persona Jurídica tiene obligaciones fiscales fuera de Colombia? Si ☐ No ☒ En caso afirmativo por favor relacione: País: No. de Id tributaria:

3. ¿La empresa obtiene mas del 50% de sus ingresos de Intereses y dividendos? Si ☐ No ☒

Con la firma de este formulario me comprometo a informar a Fiduagraría S.A., sobre cualquier cambio de circunstancias que pueda alterar, modificar o afectar las responsabilidades fiscales declaradas.

9. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LOS FONDOS

De manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es veraz, verificable y cierto, realizo la siguiente declaración sobre el origen de los fondos que entrego a FIDUAGRARIA S.A., con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción), las Circulares Externas de la Superintendencia Financiera de Colombia y demás normas que modifiquen, aclaren o derogue; así:

1. Que los recursos que entrego a título de inversión, fiducia mercantil o encargo fiduciario, a FIDUAGRARIA S.A., para su administración, provienen del desarrollo de las siguientes actividades:

Objeto social ☒ Venta de activos ☐ ¿Cuál? ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

2. Que los recursos que entrego no provienen de ninguna actividad ilícita.

3. Que no admitiré que terceros efectúen depósitos o aportes a los productos de los cuales soy titular, provenientes de actividades ilícitas; ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Que no admitiré que terceros efectúen depósitos a nombre de la entidad que represento, con fondos provenientes de otras personas.

5. Que autorizo a cancelar el producto fiduciario y/o de inversión, en caso de infracción de cualquiera de los compromisos y obligaciones contenidos en este documento o cuando figure mi nombre o el de la entidad que represento en cualquier tipo de investigación o proceso relacionado con delitos fuentes de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo en cualquier lista inhibitoria y por lo tanto eximo a FIDUAGRARIA S.A. de toda responsabilidad que se derive por la información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado en este documento o en cualquier documento que la modifique, adicione o complementa.

6. Que acepto que en desarrollo del vínculo jurídico por medio del cual se desarrolle la prestación de los servicios financieros ofrecidos por FIDUAGRARIA S.A., se apliquen las normas legales y reglamentarias, convenios interbancarios y costumbres mercantiles utilizados por el sistema financiero en la prestación de servicios fiduciarios.

10. ENCUESTA CLASIFICACIÓN DEL INVERSIONISTA

1. ¿Realiza intermediación en el mercado de valores? Si ☐ No ☒

Si su respuesta fue afirmativa marque con una X los enunciados en los que aplique:

Su patrimonio es igual o superior a diez mil (10.000) SMMLV. ☐

Es titular de un portafolio de inversión de valores igual o superior a cinco mil (5.000) SMMLV. ☐

Ha realizado directa o indirectamente quince (15) o más operaciones de enajenación o de adquisición, durante un período de sesenta (60) días consecutivos, en un tiempo que no supere los dos años anteriores a este momento. El valor agregado de estas operaciones debe ser igual o superior al equivalente a treinta y cinco mil (35.000) SMMLV. ☐

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 14 de 32

11. ENCUESTA PERFIL DE RIESGO DEL INVERSIONISTA			
Marque con una X con cual de las siguientes afirmaciones, Usted se siente mas identificado:			
1. Conservador (usted es un inversionista que busca preservar capital, un retorno estable y muy conservador, la palabra riesgo la asocia peligro. Su horizonte de inversión es de corto plazo (< 2 años))			☐
2. Moderado (usted es un inversionista que desea retorno razonable sobre su inversión y que tolera pérdidas moderadas sobre el capital. Su horizonte de inversión es de mediano plazo (2 a 5 años))			☐
3. Alto riesgo (usted es un inversionista que desea maximizar el retorno de su inversión y que toleraría pérdidas considerables sobre el capital o sus rendimientos. Su horizonte de inversión es de largo plazo (> 5 años))			☐
Con la firma de este formulario declaro que he recibido la información necesaria y suficiente para tomar la decisión de invertir en el Fondo de Inversión Colectiva administrado por Fiduciaria S.A. Conozco la naturaleza de la inversión y tengo conocimiento de la relación existente entre el riesgo que asumo al realizar la inversión y la rentabilidad que se espera de la misma. He sido asesorado acerca del riesgo inherente a este tipo de inversión y sostengo que se ajustan al nivel de tolerancia que tengo frente a la posibilidad de pérdida, por lo cual deseo continuar con mis inversiones en este FIC.			
12. ACTIVIDAD DE ASESORÍA			
¿El asesor realizó el análisis de conveniencia del producto en el cual se encuentra interesado?: ☐ Si ☐ No ☐ El asesor indicó que no aplica para el producto. ¿El asesor emitió su recomendación profesional?: ☐ Si ☐ No ☐ No aplica por tratarse de un producto simple, ser un cliente inversionista y renunciar de manera expresa al derecho de recibir la recomendación profesional. ☐ El asesor indicó que no aplica para el producto. ¿Renuncia a su derecho de obtener una recomendación profesional por parte del asesor?: ☐ Si ☐ No ☐ El asesor indicó que no aplica en virtud de la clasificación de cliente y producto. Si su respuesta es Si, estará dejando constancia de que se cumplieron las siguientes condiciones: i) previamente a la renuncia, el potencial cliente inversionista recibió la información del producto simple y una explicación de sus características y riesgos, ii) el potencial cliente inversionista manifiesta que conoce y entiende el producto simple y por ello renuncia a la recomendación profesional, iii) el asesor emitió el análisis de conveniencia de la inversión. ¿Renuncia de forma general a obtener una recomendación profesional por parte de un asesor, para todos los productos simples en los cuales usted ya hubiese realizado inversiones previas? ☐ Si ☐ No ☐ El asesor indicó que no aplica. ¿El asesor informo de manera previa bajo cual modalidad suministró asesoría, ya sea modalidad independiente o no independiente: ☐ Si ☐ No ☐ No aplica		¿Cómo inversionista profesional solicitó recomendación profesional por parte del asesor?: ☐ Si ☐ No ☐ No aplica ¿Solicitó documento que soporte el suministro de la recomendación profesional emitida por el asesor?: ☐ Si ☐ No ☐ No aplica ¿Acepta recibir recomendaciones profesionales por medio de informes de comunicación o comunicaciones generales?: ☐ Si ☐ No ☐ No aplica Cómo inversionista profesional interesado en un producto simple o complejo, o como cliente inversionista interesado en un producto simple, ¿declara acogerse al servicio de solo ejecución con relación a la actividad de asesoría? ☐ Si ☐ No ☐ No aplica Si su respuesta es Si, estará dejando constancia de que se cumplieron las siguientes condiciones: "(i) el cliente inversionista debe solicitar el servicio de solo ejecución a través de medio verificable, (ii) la entidad debe informar al cliente inversionista, de forma previa y por medio verificable, que no tiene la obligación de suministrar una recomendación profesional y tampoco la de realizar el análisis de conveniencia, y (iii) la entidad debe certificar al cliente que está cumpliendo las políticas y procedimientos establecidos para la administración de los conflictos de interés.	
13. FORMA DE PAGO			
Solo aplica para proveedores.			
Autorizo a Fiduciaria S.A. con NIT 800.159.998-0 a realizar el pago de la prestación de servicios de la siguiente forma:			
☐ Cheque:			
☐ Abono en cuenta		Nombre completo del titular de la cuenta: Tipo de cuenta: ☐ Ahorros ☐ Corriente Banco: Ciudad: Nro. de cuenta:	
14. PERSONAS DE CONTACTO DE LA EMPRESA			
Solo aplica para proveedores.			
Nombres y apellidos completos:	Cargo:	Número de teléfono o celular:	Dirección de correo electrónico:
Nombres y apellidos completos:	Cargo:	Número de teléfono o celular:	Dirección de correo electrónico:
15. AUTORIZACIONES Y MANIFESTACIONES			
Autorizo el envío de mis extractos, certificaciones, rendiciones de cuentas y cualquier otro tipo de información relacionada con el (los) producto(s) presentado(s) por la fiduciaria al correo electrónico, en caso de marcar [No] recibirá la información física de sus productos a la dirección suministrada: ☒ Si ☐ No ☐ AUTORIZACION CONSULTA CENTRALES DE RIESGO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria a FIDUCIARIA S.A. para 1. Consultar, almacenar, administrar, transferir, reportar, procesar y divulgar ante las Centrales de Información o bases de datos, mi información financiera, crediticia, comercial, de servicios y las provenientes de terceros países, dentro del marco jurídico fijado por la Ley 1266 de 2008 o de aquellas normas que la modifiquen, aclaren o deroguen. La presente Autorización tiene como finalidad servir (i) como elemento de análisis para establecer y mantener una relación contractual, cualquiera que sea su naturaleza, (ii) para la evaluación de los riesgos derivados de una relación contractual vigente (iii) como elemento de análisis para hacer estudios de mercado o investigaciones comerciales o estadísticas (iv) para el adelantamiento de cualquier trámite ante una autoridad pública o una persona privada, respecto del cual dicha información resulte pertinente, (v) realizar			

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 15 de 32

reportes y consultas de las obligaciones vigentes y en mora a las centrales de riesgo crediticio legalmente establecidas, lo que implica que el cumplimiento o incumplimiento se reflejarán en las mencionadas centrales de riesgo. 2. Recolectar usar y tratar mis datos personales y sensibles, dentro de las finalidades legales, precontractuales, contractuales y comerciales relacionadas con los servicios y/o productos de FIDUAGRARIA S.A. Lo anterior conforme a la política de tratamiento de datos personales que se encuentra disponible para su consulta en www.fiduagraria.gov.co sección Nuestra Compañía/Políticas, Planes y Proyectos.

FIDUAGRARIA S.A. como responsable del tratamiento de datos personales, le informa que usted como titular de sus datos personales tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar, suprimir, revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de los datos personales y solicitar prueba de esta autorización; asimismo podrá negarse a autorizar el tratamiento de sus datos sensibles, siendo entonces facultativo su otorgamiento. Los anteriores derechos los podrá ejercer en cualquier momento y a través de los diferentes canales de contacto de FIDUAGRARIA S.A. y al correo electrónico servicioalcliente@fiduagraria.gov.co.

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria a FIDUAGRARIA S.A. suministrar, compartir, enviar o entregar mi información personal a la matriz, asociaciones gremiales o terceros que apoyan sus operaciones de cobranza, dentro de las finalidades legales, precontractuales, contractuales, comerciales o derivadas de procesos de sinergia. Lo anterior conforme a la política de tratamiento de datos personales que se encuentra disponible para su consulta en www.fiduagraria.gov.co sección Nuestra Compañía/Políticas, Planes y Proyectos.

Manifiesto que la información aquí suministrada será actualizada en la forma y términos impartidos por la Superintendencia Financiera de Colombia en atención a las normas de control y prevención del lavado de activos y de la financiación del terrorismo, entregando información veraz y verificable, desde ahora y mientras subsista la relación contractual; para ello me comprometo a suministrar la totalidad de los soportes documentales e información requerida por FIDUAGRARIA S.A., por lo tanto, el incumplimiento total o parcial de lo aquí manifestado facultará a FIDUAGRARIA S.A., para suspender o terminar en cualquier momento cualquier relación comercial suscrita entre las partes, sin que sea imputable a FIDUAGRARIA S.A., cualquier responsabilidad contractual o extracontractual que se pueda generar por este hecho.

En constancia de haber leído y aceptado lo anterior firmo el presente documento:

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN

Dejo constancia que he recibido INFORMACIÓN COMPLETA Y SUFICIENTE por parte de Fiduagraria S.A. acerca de las características, costos asociados, recomendaciones sobre el manejo y medidas de seguridad de los productos ofrecidos, así como los canales dispuestos para presentar PQRD; que he revisado, aceptado y recibido una copia del Reglamento del Fondo de Inversión Colectiva al cual me vinculo y acerca de la obligación de actualización de datos y reportes de los aportes realizados.

Descripción de participación - Capítulo I Clausula 1.2. Reglamento fondo de inversión

Si es adherente de FIC 600 o FIC CONFIRENTA marque la clasificación de vinculación:

Persona natural ☐ Persona jurídica ☐ Oficial ☐ Institucional ☐ Tesorería ☐ Negocios Fiduciarios ☐

Solo FIC 600:

Fondos de empleados ☐ Negocios especiales ☐

IMPLEMENTACIÓN FACTURA ELECTRÓNICA

La sociedad fiduciaria de desarrollo agropecuario SA, se encuentra obligada a generar facturación electrónica de acuerdo a lo establecido en la RESOLUCIÓN NÚMERO 000042 del 05 de Mayo de 2020., en virtud de esto, por favor suministrar el correo electrónico en el cual se puede realizar la radicación



Impresión dactilar

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

CESAR ERMUNDO SARRIA PORRAS

16. ESPACIO DE USO EXCLUSIVO PARA LA FIDUCIARIA

Canal de vinculación:

Oficina fiduciaria ☐

Red banagrarrio ☐

Otro ☐ ¿Cuál?

Segmento de mercado (acorde con la actividad económica principal - código CIIU):

Administración Pública ☐	Energía ☐	Salud ☐	Educación/ Religión ☐
Agropecuaria ☐	Financiero (Vigilado SFC) ☐	Telecomunicaciones ☐	Servicios Públicos ☐
Comercio ☐	Industria Manufacturera ☐	Transporte ☐	Cultura, Recreación y actv. ☐
Construcción ☐	Infraestructura ☐	Química/Formacéutico ☐	De esparcimiento ☐
Minas y Canteras ☐	Turismo ☐	Otros servicios no enmarcados en los criterios anteriores ☐	Sector Solidario ☐

Sólo aplica para la vinculación de clientes a negocios fiduciarios:

Tipo del bien que entrego:

Monto de adición mensual:

Monto retiro promedio:

Marque con una X la clasificación del producto que solicita el cliente:
☐ Simple. ☐ Complejo. ☐ Universal. ☐ No aplica la clasificación.

Observaciones:

RESULTADO CLASIFICACIÓN INVERSIONISTA Y PERFIL DE RIESGO DEL INVERSIONISTA

Clasificación inversionista:

Si cumple con las características 1 y 2 o 1 y 3 o 1, 2 y 3:

Si no cumple con las características de un inversionista profesional

Inversionista Profesional ☐

Cliente Inversionista ☐

Perfil de riesgo del Inversionista

Conservador ☐ Moderado ☐ Agresivo ☐

Nombre del funcionario que realiza la clasificación:

Fecha de la verificación:

25/10/2022

Cargo del funcionario:

Firma del funcionario:

APROBACIÓN

La presente información es consistente con la documentación presentada y con la verificación de datos realizada.

Nombre del funcionario que aprueba la vinculación:

Fecha de aprobación:

Cargo del funcionario:

Observaciones:

Firma del funcionario:

DIRECCIÓN: Carrera 8 # 10N - 142 Popayan - Cauca Líneas de atención: 6234508 EXT.102

Email: subgerencia@hospitalsan jose.gov.co Oficina de atención al usuario: 3206651134

www.hospitalsan jose.gov.co

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 16 de 32

17. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Marque con una X la documentación adjunta al presente formulario.

Personas jurídicas:

1. Fotocopia del certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a un (1) mes expedido por la Cámara de Comercio o documento equivalente. ☐
 2. Fotocopia del RUT. ☐
 3. Fotocopia del documento de identidad del representante legal y firmas autorizadas. ☐
 4. Fotocopia de la Declaración de Renta del último período gravable. ☐
 5. Estados Financieros certificados o dictaminados con sus respectivos notas, a la última fecha de corte disponible. ☐
 6. Certificación de los accionistas y beneficiarios finales y/o asociados, con participación superior al 5% con la siguiente información: Nombres y apellidos completos, tipo y número de documento de identidad, país de expedición, fecha y país de nacimiento o constitución cuando se trata de una persona jurídica, nacionalidad, país de residencia, departamento o estado de residencia, ciudad de residencia, dirección de residencia, código postal, correo electrónico, porcentaje de capital social, aporte o participación, fecha inicio beneficiario final, fecha finaliza beneficiario final, número de identificación tributaria (En caso de tener responsabilidad fiscal fuera del país e indicar el país de responsabilidad fiscal), y si ha ocupado durante los últimos años un cargo relacionado en el decreto 830 del año 2021. En caso afirmativo, indicar el cargo que dio origen al PEP, Entidad, fecha de inicio y desvinculación del cargo. ☐
- Tenga en cuenta que, deberá remitir la siguiente información si le aplica:
- En caso de que cuente con alguna exención tributaria, anexar certificado firmado por revisor fiscal o contador público y copia de la TP del contador. ☐
- Para registrar firma autorizadas y/o apoderados deberá remitir documento suscrito por el titular en el cual se relacione la siguiente información: vínculo o relación con el cliente, cargo (si aplica), indicar si es una Persona Expuesta Políticamente – PEP, en caso afirmativo indicar el cargo que dio origen al PEP, fecha de inicio y desvinculación del cargo. ☐
- En caso de actuar como apoderado, remitir poder ante notaria. ☐
- Cuando los recursos de apertura del producto no estén soportados por los ingresos reportados por el cliente, se debe adjuntar un soporte que ratifique su procedencia. ☐
- Para el caso de soportes expedidos en un país diferente a Colombia, estos deben estar apostillados. ☐

Estructuras sin personería jurídica:

1. Documento de constitución. ☐
2. Fotocopia del certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a un (1) mes expedido por la Cámara de Comercio o documento equivalente. ☐
3. Fotocopia del RUT. ☐
4. Documentación completa para vinculación de las partes que conforman la estructura sin personería jurídica. ☐

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 17 de 32

3/5/23, 15:39

Shinka - SARLAFT MODULE

	CONOCIMIENTO PARA VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CLIENTES/PROVEEDORES/TRABAJADORES		Código: CR-RI-LF-FR-01
	SARLAFT		Versión: 3-2022
CIUDAD Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: POPAYÁN, 2023-05-03			
☐ Clínica Los Nevados SAS		☐ Hospital Universitario Clínica San Rafael	
☐ Cordiant SAS		☐ Steward Colombia SAS	
☐ Clínica San Rafael de Popayán		☒ Banco de Sangre del Cauca S.A.	
CLASE DE VINCULACIÓN:		PERSONALIDAD:	TIPO DE SOLICITUD:
☐ Cliente		☐ Persona Natural	☐ Vinculación
☐ Trabajador			
☒ Proveedor		☒ Persona Jurídica	☒ Actualización de Datos
☐ Accionista			
☐ Miembro de Junta Directiva			
INFORMACIÓN BÁSICA			
PERSONA NATURAL (CLIENTE/PROVEEDOR/TRABAJADOR/ACCIONISTA/MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA)			
Nombres y Apellidos:		No. identificación: CC ☐ Cédula Extranjería ☐ Pasaporte ☐	
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:	País de residencia:	
Teléfono:	Celular:	Email:	
Dirección:	Ciudad:	Departamento:	
Ocupación, profesión u oficio:			
PERSONA JURIDICA (USO EXCLUSIVO DE CLIENTE/PROVEEDOR)			
Razón Social: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN		NIT: 891580002 DV: 5	
Dirección: CARRERA 6 # 10 N 142	Ciudad: POPAYÁN	Teléfono: 8234508	Página Web: GERENCIA@HOSPITALSA
Tipo de Sociedad: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		Código de Actividad No.(DIAN 4 dígitos): 8610	Actividad Económica: 8610
Servicios Ofrecidos: PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD			
CAPITAL AUTORIZADO	CAPITAL SUSCRITO	CAPITAL PAGADO	FECHA DE CONSTITUCIÓN
			1965-04-13
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS (Marque con una x, las opciones que apliquen)			
PERSONA NATURAL (USO EXCLUSIVO DE TRABAJADOR)			
Asalariado ☐ Socio ☐ Pensionado ☐ Jubilado ☐ Rentista ☐ Otro ☐ ¿Cuál?			
INGRESOS			
INGRESOS MENSUALES (Pesos)		EGRESOS MENSUALES (Pesos)	
\$263.429.769		\$74.856.798	
ACTIVOS (Pesos)		PASIVOS (Pesos)	
\$344.665.442		\$21.391.232	
PATRIMONIO (Pesos)	OTROS INGRESOS (Pesos)	CONCEPTO	
\$323.274,210	\$15.498.629	ARRENDAMIENTO, ESTERILIZACIÓN, APROVECH	
PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA (PEP)			
PERSONA NATURAL (CLIENTE/PROVEEDOR/TRABAJADOR/ACCIONISTA/MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA)			
¿ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS?	SI ☐ NO ☐	¿TIENE RECONOCIMIENTO PÚBLICO?	SI ☐ NO ☐
		¿TIENE ALGUN VÍNCULO POR PEP? (Persona Politicamente Expuesta)	SI ☐ NO ☐
PERSONA JURIDICA (USO EXCLUSIVO DE CLIENTE/PROVEEDOR)			
¿ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS?	SI ☒ NO ☐	¿TIENE RECONOCIMIENTO PÚBLICO?	SI ☒ NO ☐
		ALGUNAS DE LAS PERSONAS NATURALES QUE PERTENECEN A SUS ORGANOS DE CONTROL ES UN PEP? (en caso de responder sí por favor diligenciar la información del Anexo 1.) (Persona Públicamente Expuesta)	SI ☐ NO ☒
TIENE ALGÚN VÍNCULO DIRECTO CON UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEP)? (en caso de responder sí por favor diligenciar la información del Anexo 1.)		SI ☐ NO ☒	ALGUNAS DE LAS PERSONAS NATURALES QUE PERTENECEN A SUS ORGANOS DE CONTROL TIENEN ALGÚN VÍNCULO HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSAGUINIDAD CON UN PEP? (en caso de responder sí por favor diligenciar la información del Anexo 1.)
		SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 18 de 32

3/5/23, 15:39

Shinka - SARLAFT MODULE

REPRESENTANTE LEGAL Y PERSONAS DE CONTACTO (USO EXCLUSIVO DE CLIENTE/PROVEEDOR)				
REPRESENTANTE LEGAL				
Nombres y Apellidos:	Identificación:	Dirección:	Teléfono:	E mail:
CESAR EDMUNDO SARRIA P	76314758	CARRERA 6 # 10 N 142	8234508 EXT 101	
Fecha de Nacimiento:	Lugar de Nacimiento:	Ocupación, profesión u oficio:		
1971-11-28	SANTANDER DE QUILICHAO	SANTANDER DE QUILICHAO		
REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE				
Nombres y Apellidos:	Identificación:	Dirección:	Teléfono:	E mail:
NA	NA	NA	NA	NA
GERENTE				
Omitir este campo, si es el mismo Representante Legal				
Nombres y Apellidos:	Identificación:	Dirección:	Teléfono:	E mail:
INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA Autorizada para pagos y/o giros (CLIENTE/PROVEEDOR)				
Banco:	Tipo de cuenta:	Número de cuenta:	Antigüedad:	
DAVIVIENDA	CORRIENTE	196169999477	2010-06-07	
OPERACIONES INTERNACIONALES				
¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES?	SI ☐	Importaciones ☐	Exportaciones ☐	Inversiones ☐
	NO ☒	Envío, recepción de giros ☐	Pago servicios ☐	Transferencias ☐
				Préstamos ☐
				Otra. Cuál?
RELACION DE ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 25% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (Adjuntar relación si los campos no son suficientes) (USO EXCLUSIVO DE CLIENTE/PROVEEDOR)				
RAZÓN SOCIAL Y/O NOMBRE Y APELLIDO	% de Participación	TIPO DE DOCUMENTO	DOCUMENTO	
NA	NA	NA	NA	
RELACION DE BENEFICIARIOS FINALES (USO EXCLUSIVO DE CLIENTE/PROVEEDOR)				
RAZÓN SOCIAL Y/O NOMBRE Y APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO	DOCUMENTO		
MIEMBROS DE ÓRGANOS DE CONTROL (ACCIONISTAS, JUNTA DIRECTIVA) (USO EXCLUSIVO DE CLIENTE/PROVEEDOR)				
NOMBRE	CARGO	IDENTIFICACIÓN		
DECLARACIÓN VOLUNTARIA DEL ORIGEN DE FONDOS				
Declaro expresamente que:				
1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes actividades: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD				
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.				
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS (CLIENTE/PROVEEDOR/TRABAJADOR)				
1. Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmar cada vez que así sea solicitado.				
2. Autorizo expresamente a la compañía descrita en el encabezado, para solicitar, consultar, compartir, transferir, transmitir, entregar o divulgar la información contenida en este formato a cualquier entidad válidamente autorizada para el manejo, tratamiento o administración de base de datos, incluidas las entidades gubernamentales, cuya finalidad principal es la prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo y las que se consideren de riesgo para la organización.				
3. Autorizo expresamente para que los datos sean mantenidos o archivados por cualquiera de las compañías pertenecientes o en alianza con la compañía descrita en el encabezado, por lo que otorgo mi consentimiento a para que trate mi información personal de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales dispuesta en la página web www.stewardcolombia.org				
4. Me comprometo a cumplir con todas las obligaciones derivadas del régimen colombiano de protección de datos. Tomaré e implementaré todos los procedimientos, técnicas y medidas corporativas necesarias o adecuadas para la preservación de la seguridad y confidencialidad de los datos personales y protegeré dichos datos personales contra uso no autorizado o inapropiado, pérdida accidental, revelación, destrucción o daño de conformidad con lo requerido por la normatividad aplicable.				
5. Declaro que conozco los derechos que la Ley 1581 del año 2012 y el Decreto 1377 del año 2013 me conceden en relación con la información de la cual soy titular.				

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 19 de 32

3/5/23, 15:39

Shinka - SARLAFT MODULE

6. Eximo a cualquiera de las compañías pertenecientes o en alianza con la compañía descrita en el encabezado, o el extranjero, 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.

DECLARACIONES ADICIONALES		
PERSONA NATURAL		
1. Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, y/o incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton, OFAC, o lista de la ONU?	SÍ ☐	NO ☐
2. No poseo vínculos de consanguinidad hasta el cuarto grado (4°) de afinidad hasta el segundo grado (2°), ni civil en primer grado (1°), con ningún administrador de las compañías pertenecientes o en alianza con la compañía descrita en el encabezado. En caso de presentarse una situación contraria a aquellas señaladas en los numerales anteriores, me comprometo a informarla, de manera escrita. Para los efectos de este documento, entiéndase como administradores aquellas personas señaladas en el artículo 22 de la ley 222 de 1995.	SÍ ☐	NO ☐
PERSONA JURIDICA		
1. La Entidad ha sido sancionada y/o investigada por delitos de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, y/o incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton, OFAC, o lista de la ONU, o corrupción?	SÍ ☐	NO ☒
2. Alguno de sus accionistas o empleados han sido sancionados o investigados por delitos de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, y/o incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton, OFAC, o lista de la ONU, o corrupción?	SÍ ☐	NO ☒
3. Ha estado su entidad involucrada en investigaciones por violación de las leyes relacionadas con el Lavado de Activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva o corrupción?	SÍ ☐	NO ☒
4. Su entidad cuenta con adecuados manuales y procedimientos de prevención, control y administración del riesgo de LA/FT/FPADM ajustado a regulaciones vigentes?	SÍ ☒	NO ☐
5. Su Entidad ofrece capacitación en LA/FT a los empleados, que incluya los siguientes temas: Identificación y denuncia de las transacciones que deben ser reportadas a las autoridades gubernamentales, ejemplos de las diferentes formas de lavado de dinero que involucran productos de la entidad, servicios y políticas internas para prevenir el lavado de dinero?	SÍ ☒	NO ☐
6. Alguno de los integrantes de Junta Directiva, Administradores y/o Alta Gerencia han sido sancionados, investigados y/o incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton, OFAC, o lista de la ONU?	SÍ ☐	NO ☒
7. Ninguno de mis socios (cuando uno de estos posea más del 20% del capital social) o sus administradores, poseen vínculos de consanguinidad hasta el cuarto grado (4°) de afinidad hasta el segundo grado (2°), ni civil en primer grado (1°), con ningún administrador de las compañías pertenecientes o en alianza con la compañía descrita en el encabezado. En caso de presentarse una situación contraria a aquellas señaladas en los numerales anteriores, me comprometo a informarla, de manera escrita. Para los efectos de este documento, entiéndase como administradores aquellas personas señaladas en el artículo 22 de la ley 222 de 1995.	SÍ ☐	NO ☒
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: <u>Jacy Ximena Ibañez</u> Nombre del funcionario quien diligencia el formato <u>66858564</u> No. Identificación <u>[Firma]</u> Firma Representante Legal / Persona Natural <u>76314213P</u> No. Identificación <u>[Huella]</u> HUELLA		

"Esta información es confidencial y para uso exclusivo de Steward Colombia"

ANEXO No. 1 PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE (PEP) *** (APLICA PARA PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS) (por favor diligenciar esta información respecto del PEP)			
Fecha de vinculación	Fecha de desvinculación	Cargo y comentarios	
El (PEP) debe declarar los nombres e identificación de las personas con las que tenga sociedad conyugal o sociedad patrimonial de hecho			
El (PEP) debe declarar Los nombres e identificación de sus familiares hasta segundo grado de consanguinidad.			
El (PEP) debe declarar Los nombres e identificación de sus familiares en el primer grado de afinidad			
El (PEP) debe declarar Los nombres e identificación de sus familiares en el primer grado civil			
El (PEP) debe declarar la existencia de cuentas financieras en algún país extranjero en caso de que tengan derecho o poder de firma o de otra índole sobre alguna, por favor identificar			
El (PEP) debe declarar la razón social e identificación de las personas jurídicas o naturales, patrimonios autónomos o fiducias en las que tenga participación			
*** El PEP puede estar vinculado a su organización a través de un órgano de control o porque alguno de sus miembros de los órganos de control tenga sociedad conyugal o patrimonial vigente con un PEP, o tenga un familiar considerado PEP (segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad o primero civil)			

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 20 de 32

		República de Colombia Departamento del Cauca						HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.NIT: 891501676-1			
		FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT						Página 1 de 3		Código: SLV-G-49-F01	
						Versión: 0		SLV-GC-01-F-01			
Fecha de diligenciamiento	Dd 12	Mm 09	Aa 2023	Ciudad Popayán	Tipo de solicitud Nuevo			Renovación	Actualización		x
Clase de vinculación			Trabajador		Proveedor de servicios de salud		Proveedor de suministros		x	otros	

1. PERSONA NATURAL

Apellidos				Nombres							
cc	CE	TI	No	Fecha de nacimiento				dd	mm	aa	
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 JURIDICA

Nombre o Razón Social : Hospital Universitario San José de Popayán ESE				Nit: 891.580.002				DV: 5			
Tipo de Empresa :	Publica	X	Privada	Mixta:	Sector de la económica : Salud				CIU	8610	
Tipo de contribuyente :	Régimen simplificado			Régimen Común	Grandes contribuyentes	X	Otras entidades				
Fecha de constitución en cámara de comercio			Dd	Mm	Aa	Correo Electrónico : gerencia@hospitalsan jose.gov.co					
sucursal / agencia		Dirección: Carrera 6 No. 10N-142			Municipio : Popayán			teléfono: 8234508			
Representante legal : Cesar Edmundo Sarria Porras											
CC: x	CE:	TI:	Otro	No: 76.314.758			Fecha Nacimiento	Dd	Mm	Aa	
								28	11	1971	

Identificación de asociados o accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación

Numero Id	Id	Nombres y apellidos	¿Por su actividad o cargo administra recursos públicos?		¿por su actividad o cargo ejerce algún grado de poder público?		¿Por su actividad o cargo goza de reconocimiento público?		¿Está obligado a declarar tributo en otros países? Cuál?	
			Si	No	Si	No	Sí	No	NO	
			Si	No	Si	No	Sí	No	NO	
			Si	No	Si	No	Si	No		
			Si	No	Si	No	Si	No		
			Si	No	Si	No	Si	No		
Ingresos mensuales		\$ 21.952.480.750				Egresos mensuales		\$ 6.238.066.000		

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 21 de 32

activos (pesos)	344.665.442.000	Pasivos (pesos)	21.391.232.000
Patrimonio (pesos)	323.274.210.000	otros ingresos (pesos)	1.444.177.000
Concepto otros ingresos	Aprovechamiento, Esterilización, Arrendamiento		

3. PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS - PEP

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

4. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expuestamente 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 de las contempladas en el código penal Colombiano.
2. La información que ha suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven de este contrato NO se destinarán a financiación de terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (desarrollo ocupación, oficio, actividad o negocio)

origen:	Prestación de servicios de salud						
importaciones		Exportaciones		Inversiones		Transferencias	Otra
¿Posee cuentas en moneda extranjera?	SI		NO		x		

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones moneda extranjera? NO									
indique otras operaciones									
¿Posee productos financieros en el exterior? NO									
Tipo de producto	Identificación del producto	No del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda		

6. DECLARACION DE NO ENCONTRARSE EN LISTAS NACIONALES O INTERNACIONALES PARA EL CONTROL LA/ FT

Con la suscripción de este formato declaro que no me encuentro en ninguna lista de las establecidas a nivel internacional para el control del lavado de activos o financiamiento del terrorismo; así mismo me responsabilizo ante el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. porque mis empleados, accionistas, miembros de la junta directiva o junta de socios, representantes legales y revisor fiscal, tampoco se encuentren en dichas listas y me comprometo a actualizar anualmente la información o en un tiempo menor en caso de que ocurra cambios en la información suministrada a el Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

7. CLAUSULA DE AUTORIZACION

Con la suscripción de este documento autorizo al Hospital Susana López de Valencia E.S.E. A:

1. revelar mi información personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia como la UIAF o Fiscalía General de la nación.
2. Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiación del terrorismo

Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones mi cargo, objeto del presente contrato no provienen ni provendrán de actividades ilícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la república, la moral o las buenas costumbres. Así mismo se obliga con el Hospital Susana Lopez de Valencia E.S.E. a implementar las medidas tendientes a evitar q es sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades en virtud de esto, el cliente autoriza a ser consultado en base de datos.

Hospital Susana López de Valencia E.S.E. podrá terminar de manera unilateral e inmediata el presente contrato, cuando el cliente, sus socios o sus acciones y/o sus administradores llegaren a ser:

1. vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y financiación del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional.

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 22 de 32

2. Sea incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera.

3. Sea condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso jurídico racionado con la comisión de delitos de igual o similar naturaleza a los indicados en esta cláusula.

El suscriptor de este documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño al Hospital Susana López de Valencia E.S.E. por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra el Hospital Susana López de Valencia E.S.E. por parte del suscripto de las obligaciones que le apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como cualquier reclamo judicial, extra jurisdiccional y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. por o con ocasión de dicho incumplimiento. De igual manera el Cliente se compromete a dar las explicaciones a que hubiere lugar originadas por el mencionado incumplimiento al Hospital Susana López de Valencia E.S.E. y a los terceros que este le indique.

8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. fotocopia de documentos de identidad de la persona natural o persona jurídica
2. fotocopia de documento de identidad del representante legal
3. certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a un mes para personas jurídicas
4. Balance y estado de resultados actuales

9. 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 presente documento.

Huella



FIRMA PERSONA NAATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

10. INFORMACION RESERVADA PARA LA ENTIDAD

Recopilación y verificación de información		la cedula coincide con el nombre suministrado
		se confirman los datos registrados en el formato
Verifico en las siguientes listas		lista emitida por el concejo de seguridad de las Naciones Unidas ONU
		lista SDN personas y empresas sancionadas e por el gobierno de EEUU
		lista de los más buscados por interpol
		lista de antecedentes judiciales policía
		lista FBI
		Otra

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar al oficial de cumplimiento:

ENCARGADO DE RECOPIACION DE LA INFORMACION					ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACION				
NOMBRE					NOMBRE				
TD Y NÚMERO					TD Y NUMERO				
CARGO					CARGO				
EXTENCIÓN					EXTENCION				
FECHA:	DD	MM	AA	HORA:	FECHA	DD	MM	AA	HORA:

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 23 de 32



FORMATO DE VINCULACIÓN Y ACTUALIZACIÓN CLIENTES

Código: GC-FO-02

Fecha: 24/08/2023

Versión: 7

INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE CLIENTES

PARA INICIAR EL ESTUDIO ES NECESARIO EL DILIGENCIAMIENTO EN SU TOTALIDAD Y ADJUNTAR LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS

Razón social o Nombre completo: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN E.S.E.	
Nit. O Cédula No. 891.580.002-5	Teléfonos Fijos: 6028234508 Ext. 101
Dirección de la oficina principal: CARRERA 6 # 6 N 142 BARRIO BOLIVAR	Ciudad: POPAYÁN
Web: www.hospitalsanjose.gov.co	E-mail: gerencia@hospitalsanjose.gov.co

INFORMACION GENERAL

Descripción actividad principal:

INFORMACION DE CONTACTOS

CARGO	NOMBRE	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
Gte General	CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS	3023766393	gerencia@hospitalsanjose.gov.co
Gte Administrativo	LUCY XIMENA IBARRA HERNANDEZ	6028234508 Ext 102	subgerencia@hospitalsanjose.gov.co
Tesorería	ALEXANDRA GUZMAN MUÑOZ	6028234508 Ext 221	tesoreria@hospitalsanjose.gov.co
Jefe de Compras	DIEGO FERNANDO QUILINDO	6028234508 Ext 102	almacen@hospitalsanjose.gov.co
Coordinador Imágenes	OSCAR EDUARDO LOPEZ LOPEZ	6028234508 Ext 102	imagenes@hospitalsanjose.gov.co

FACTURACION ELECTRONICA

Contacto	VER CIRCULAR ANEXO		
Correo Electrónico			
Teléfono	Ext	Celular	

LISTA DE PROVEEDORES

NOMBRE	TELÉFONO	NOMBRE DE CONTACTO	CARGO
1.DISTRIBUIDORA – JANER	6027299031	JOSE ANTONIO ERASO	GERENTE
2.DISCOLMEDICA	3125885379	LORENA VARGAS	ASESORA COMERCIAL
3.DISFARMA	3102123985	VIVIANA CARVAJAL	REPRESENTANTE DE VENTAS
4.			

BANCOS

Nombre Entidad	Tipo de cuenta	Sucursal / Ciudad	No. de Cuenta
1.DAVIVIENDA	CORRIENTE	POPAYÁN	196169999477
2.			
3.			

SOCIOS O ACCIONISTAS MAYORITARIOS

Nombre	Nit / CC	Participación
1.		
2.		
3.		
4.		

Dirección: Carrera 6 # 10N - 142 Popayán - Cauca Líneas de atención: 6234508 Ext.102

Email:subgerencia@hospitalsanjose.gov.coOficina de atención al usuario: 3206651134

www.hospitalsanjose.gov.co



FORMATO DE VINCULACIÓN Y ACTUALIZACIÓN CLIENTES

Código: GC-FO-02

Fecha: 24/08/2023

Versión: 7

Anexos Requeridos

Personas Jurídicas:	Personas Naturales:	Entidades Públicas:
- Balance General último año (A diciembre 31 firmados y auditados). - Estado de Resultados último año (A diciembre 31 firmados y auditados). - Certificado Existencia y Representación Legal, máximo 1 meses de expedición. - Copia Rut. - Copia documento de identidad Representante Legal.	- Certificado de Ingresos y Retenciones - Fotocopia de la Cédula. - Copia Rut.	- RUT - Nombramiento del Gerente (vigente) - Acta de posesión (vigente) - Certificado de disponibilidad presupuestal - Certificado de registro presupuestal

El abajo firmante, en su propio nombre o en nombre de la entidad que representa, declara que la información suministrada es verídica y da su consentimiento expreso e irrevocable a Suministros Radiográficos S.A.S., o a quien en el futuro haga sus veces como titular del crédito o servicio solicitado, para: a) Consultar, en cualquier tiempo, en DATACRÉDITO o en cualquier otra base de datos manejada por un operador, toda la información relevante como Representante Legal, Socios y/o sociedad, para conocer su desempeño como deudores, su capacidad de pago, la viabilidad para entablar o mantener una relación contractual y en general para la gestión del riesgo financiero y crediticio, esto es, la iniciación, mantenimiento y recuperación de cartera, actividades relacionadas con la prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo, y prevención del fraude. b) Reportar a DATACRÉDITO o a cualquier otra base de datos manejada por un operador datos, tratados o sin tratar, sobre el cumplimiento o incumplimiento de sus obligaciones crediticias, sus deberes legales de contenido patrimonial, sus datos de ubicación y contacto, sus solicitudes de crédito, así como otros atinentes a sus relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. El reporte de la mencionada información tendrá como finalidad que los diferentes Usuarios realicen actividades relacionadas con la gestión del riesgo financiero y crediticio, esto es, la iniciación, mantenimiento y recuperación de cartera, actividades relacionadas con la prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo, prevención del fraude y los demás autorizados por la ley.

La autorización anterior no impedirá al abajo firmante o su representada ejercer el derecho a corroborar en cualquier tiempo en LA ENTIDAD, en DATACRÉDITO o en la central de información de riesgo o Agencia de Información Comercial a la cual se hayan suministrado los datos, que la información suministrada es veraz, completa, exacta y actualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de su desacuerdo, a exigir la rectificación y a ser informado sobre las correcciones efectuadas.

Se autoriza a SUMINISTROS RADIOGRAFICOS S.A.S para realizar contacto directo o por medio de cualquier tercero debidamente acreditado por SUMINISTROS RADIOGRAFICOS SAS con fines comerciales, promociones, información de productos de interés y el cobro de cartera. Al firmar este formato, el cliente autoriza expresamente a SUMINISTROS RADIOGRAFICOS S.A.S a utilizar cualquier medio de contacto disponible, incluyendo correo electrónico, mensajes de texto, llamadas telefónicas, WhatsApp, entre otros.

AVISO DE PRIVACIDAD (AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS)

Con el propósito de dar un adecuado tratamiento a sus datos personales de acuerdo al Régimen General de Protección de Datos Personales reglamentado por la Constitución Política Nacional en sus artículos 15 y 20, la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás preceptos normativos, y siendo primordial para nuestra empresa contar con su consentimiento para mantener una comunicación constante con usted, le compartimos que SUMINISTROS RADIOGRAFICOS S.A.S. ha creado una Política de Tratamiento de Información, por medio de la cual se establecen los parámetros para manejar la información contenida en las Bases de Datos de dicha entidad, que usted podrá consultar en cualquier momento y por los canales de comunicación establecidos por la empresa o en la página web www.suministrosradiograficos.com.

De esta manera, es nuestra responsabilidad informarle que en dicha política se establecen las finalidades específicas con las cuales son tratados sus datos personales por la empresa; entre las cuales se encuentran las siguientes:

- Mantener una comunicación constante con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias de la empresa de acuerdo con los perfiles de cada tipo de base de datos que posea la empresa.
- Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y proyectos llevados a cabo por la entidad.
- Almacenar, inscribir y actualizar los datos de los clientes de la empresa.
- Realizar labores y gestiones de mercadeo para efectos de mejorar los servicios prestados por la entidad y mejorar el conocimiento del cliente o destinatario.
- Enviar publicidad mediante campañas de Mailing con copia oculta.
- Envío de información relevante de la empresa.
- Realizar procesos de facturación, manejo financiero de dato, reporte a centrales de riesgos y analizar perfil financiero.
- Envío de comunicaciones relacionadas con nuestros servicios, alianzas, estudios, concursos, eventos académicos, entre otros.
- Informar sobre nuevos productos y servicios que tengan relación directa con los contratos, productos o servicios adquiridos por el titular.
- Evaluar la calidad de los servicios suministrados por esta sociedad.

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 25 de 32



FORMATO DE VINCULACIÓN Y ACTUALIZACIÓN CLIENTES

Código: GC-FO-02

Fecha: 24/08/2023

Versión: 7

En ejercicio de mi Derecho a la Libertad y Autodeterminación Informática, autorizo a SUMINISTROS RADIOGRÁFICOS S.A.S o a la entidad que mi acreedor delegue para representarlo o a su cesionario, endosatario o a quien ostente en el futuro la calidad de acreedor, previo a la relación contractual y de manera irrevocable, escrita, expresa, concreta, suficiente, voluntaria e informada, con la finalidad que la información comercial, crediticia, financiera y de servicios de la cual soy titular, referida al nacimiento, ejecución y extinción de obligaciones dinerarias (independientemente de la naturaleza del contrato que les dé origen), a mi comportamiento e historial crediticio, incluida la información positiva y negativa de mis hábitos de pago, sea en general administrada y en especial: capturada, tratada, procesada, operada, verificada, transmitida, transferida, usada o puesta en circulación y consultada por terceras personas autorizadas expresamente por la ley 1266 de 2008, incluidos los Usuarios de la Información. Con estos mismos alcances, atributos y finalidad autorizo expresamente para que tal información sea concernida y reportada en la central de riesgos elegida por la SUMINISTROS RADIOGRÁFICOS S.A.S.

La Entidad obtiene sus datos personales porque usted mismo los ha suministrado, porque los ha obtenido de un tercero autorizado por usted o por la ley para suministrarlos, o porque son datos públicos, es decir, datos para cuyo tratamiento no se requiere de su autorización previa.

Usted tiene el derecho de conocer, actualizar, rectificar su información, y/o revocar la autorización para su tratamiento. En particular, son derechos de los titulares según se establece en el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012: a) Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales b) Solicitar prueba de la autorización otorgada c) Ser informado, previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a sus datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la ley e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato f) Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento.

Si su deseo es realizar cualquiera de estas acciones, lo invitamos a consultar la Política de Tratamiento de Datos Personales de la empresa, para conocer el procedimiento que debe realizar para enviar su solicitud, o comuníquese con nosotros a los siguientes canales de contacto:

- Dirección física: Carrera 52 No. 29 A 111, Interior 108. Medellín, Antioquia.
- Dirección electrónica: info@suministros.com.co
- Teléfono: (+57-4) 448 80 81

Con mi firma autorizo a SUMINISTROS RADIOGRÁFICOS S.A.S. para que trate mis datos de conformidad con su Política de Tratamiento de Datos Personales:

En constancia de haber sido suficientemente informado del contenido y alcance de esta autorización se firma

1

FIRMA DEL OTORGANTE O REPRESENTANTE LEGAL

CARGO

NOMBRE

Gerente

Cesal E. Sarría P.

CEDULA

76314758

FECHA

01/09/2023

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 26 de 32

Número de transacción de Adobe Acrobat Sign: CBJCHBCAABAAI

 **Cooameva** | Medicina Prepagada

FORMULARIO CONOCIMIENTO PRESTADOR PERSONA JURÍDICA

Fecha diligenciamiento	Tipo de solicitud
05/07/2023	Actualización

0. DATOS DE QUIEN DILIGENCIA EL FORMULARIO

Tipo ID	ID Número	Nombre completo	Celular/teléfono	E mail de quien diligencia el formulario
CC	66858564	LUCY XIMENA IBARRA HERNANDEZ	6028354508	subgerencia@hospitalsanjose.gov.co

1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL PRESTADOR

Tipo contribuyente	Tipo ID empresa	Nro ID Empresa	Razón Social	Ciudad empresa
Especial	Nit	8915800025	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E	POPAYÁN
Departamento empresa	Celular empresa	Teléfono empresa	Dirección empresa	
CAUCA	3023766393	6028234508	CARRERA 6 # 10 N 142	

2. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PRESTADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres completos	Identificación		
			Tipo	Número	Fecha expedición
SARRIA	PORRAS	CESAR EDMUNDO	CC	76314758	31/08/1990
Género	Fecha nacimiento	Ciudad nacimiento	Departamento nacimiento	Nacionalidad: Indique las que tenga, separe con (;)	
M	28/11/1971	santanderdequilichao	CAUCA	COLOMBIANA	
Ciudad residencia	Departamento residencia	Teléfono	Dirección	E mail corporativo del representante legal	
POPAYÁN	CAUCA	3023766393	CARRERA 6 # 10 N 142	gerencia@hospitalsanjose.gov.co	

Preguntas para identificar si el representante legal es una persona políticamente expuesta

¿Por su cargo maneja/ó recursos públicos?	SI	Fecha inicio	01/04/2020	MM/AAAA	Fecha fin	31/03/2024	MM/AAAA
¿Existe/ó algún vínculo entre usted y una persona considerada políticamente expuesta?	NO	Nombre del PEP:					
¿Representa/ó legalmente a alguna organización internacional?	NO	Fecha inicio	DD/MM/AAAA	Fecha fin	DD/MM/AAAA		

3. INFORMACIÓN ECONOMICA DEL PRESTADOR

Tipo de empresa	Sector económico	Código CIIU	Descripción actividad económica
Pública	Otro	8610	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

4. INFORMACION DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADS POR EL PRESTADOR

¿Realiza operaciones en moneda extranjera?	NO	Si su respuesta es afirmativa, señale que tipo de transacciones realiza	
--	----	---	--

5. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PRESTADOR

Valor activos \$	344665442	Ingresos mensuales actividad principal (valores en millones)	21952480750
Valor pasivos o deudas \$	21391232	Egresos mensuales actividad principal (valores en millones)	6238066667
Valor patrimonio \$	323274210	Otros ingresos de actividades diferentes a la principal (valores en millones)	15498629
Detalle concepto de otros ingresos:		ARRENDAMIENTO, ESTERILIZACIÓN, APROVECHAMIENTO	

6. CONOCIMIENTO DEL SARLAFT: ESTRUCTURA DE CONTROL Y BENEFICIARIOS FINALES DEL PRESTADOR

A. Relaciones aquí las personas jurídicas o naturales que ejercen control directo sobre la empresa. (Junta directiva o quien haga sus veces)

Tipo ID	No. ID	Nombres y Apellidos o Razón Social	Actuación
CC	10534142	JUAN CARLOS LOPEZ CASTRILLON	Individual
cc	346339807	AURA MARICELA ZUÑIGA MENESES	Individual
CC	76306673	REGULO ANDRES VIDAL BARRAGAN	Individual
CC	31856661	MARIA ARIELA AMPARO MUÑOZ	Individual
CC	34546723	JULIETA BETZABET MONTERO CARVAJAL	Individual
CC	10532542	JOSE RAFAEL CORTEZ BOTINA	Individual
CC	76314758	CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS	Individual

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 27 de 32

B ¿La empresa esta conformada por socios/acccionistas DIRECTOS con participación societaria igual o superior al 25%:				SI	☐	NO	☒
Tipo ID	No. ID	Nombres y Apellidos o razón social	% Participación	¿Desempeña o desempeñó un cargo Político nacional o extranjero o representa legalmente alguna organización Internacional o tiene algún vínculo familiar o de negocio con un PEP?			

C Si la respuesta anterior es AFIRMATIVA responda: ¿La empresa tiene beneficiarios reales o finales (personas naturales) INDIRECTOS con participación societaria igual o superior 25%:				SI	☐	NO	☒
Tipo ID	No. ID	Nombres y Apellidos	% Participación	¿Desempeña o desempeñó un cargo Político nacional o extranjero o representa legalmente alguna organización Internacional o tiene algún vínculo familiar o de negocio con un PEP?			

7. DECLARACIÓN ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS ECONÓMICOS DEL PRESTADOR

Dando cumplimiento a lo establecido en la Circular Externa 007 de 1996 (Superfinanciera), Circular Básica Jurídica 007 de 2008 (Supersolidaria), Decreto 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero), Circular Externa 009 de 2016 (Superintendencia Nacional de Salud), Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción), Circular Externa 5-5 del 2021 y demás normas legales concordantes, de manera voluntaria declaro expresamente que:

1.) La actividad económica de la Persona Jurídica se ejerce dentro de los marcos legales nacionales e internacionales y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano.

2.) Los recursos que se deriven del desarrollo de esta relación comercial o las que se llegaren a realizar, NO se destinarán a la financiación de grupos o actividades terroristas, así como tampoco a la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.

3.) La información suministrada en este documento es veraz y verificable, además, en cumplimiento de la Circular Externa 009 de 2016 (Superintendencia Nacional de Salud), la Persona Jurídica se compromete a actualizarla como mínimo anualmente.

4.) Declaro que el origen de fondos de la organización proviene de actividades relacionadas con: PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD

8. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Medicina Prepagada requiere recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar y conservar los datos personales de aquellas personas naturales a las cuales se haga referencia en el presente formato, incluso aquellos datos relacionados con financieros y crediticios, así como la información derivada del vínculo comercial establecido entre las partes. Los datos personales aquí relacionados serán tratados para cualquiera de siguientes finalidades:

a) Procesos de negociación y contratación de servicios

b) Procesos de actualización de información de prestadores

c) Envío de correos electrónicos, mensajes de texto y otros medios equivalentes para fines comerciales.

d) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de datos personales, todo de acuerdo con lo dispuesto en la ley.

Los datos personales recolectados serán tratados de acuerdo a lo definido por la Ley 1581 del 2012. Puede consultar nuestra Política de Protección de Datos Personales en www.sps.coomeva.com.co y ejercer sus derechos a través de nuestra red de oficinas, líneas telefónicas o Contáctenos en nuestra página web: www.coomeva.com.co.

Estoy autorizado(a) para entregar los datos personales consignados en el presente documento y consecuencia, autorizo el tratamiento de los mismos para los fines indicados anteriormente

SI

9. FIRMA Y HUELLA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PRESTADOR

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL DEL PRESTADOR

Nombre: César Edmundo Varrie P.

Documento ID: 76314753



Si el diligenciamiento se realiza de forma física, la huella del representante legal es obligatoria

MP-FT-1306

Mod. Feb / 2023



Cámara Comercio



Cedula Representante Legal

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 28 de 32

medinex		FORMATO DE VINCULACIÓN CLIENTES Y PROVEEDORES				FIN-F-16 Versión 04 01-03-2023		
Con el fin de dar cumplimiento a las directrices de la superintendencia de sociedades, por medio de la Circular 100-000016 del 24 de diciembre de 2020 con relación al Sistema de Gestión del Riesgo de Activos, Financiación al Territorio y Financiamiento a la proliferación de armas de destrucción masiva (SAGRIATF), agradeceremos el diligenciamiento en su totalidad del presente formulario y adjuntar los documentos requeridos.								
Fecha Diligenciamiento Formulario	16/06/2022	Acepta las cláusulas expuestas SINI	SI	Persona (Natural/Jurídica)	Jurídica	Tipo de solicitud: Vinculación o actualización	Vinculación	
INFORMACIÓN BÁSICA								
Nombre o Razón Social				Tipo Documento	NIT	DV	5	
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN ESE				No.	891580002			
Dirección		Ciudad	Departamento	Teléfono	e-mail			
CARRERA 6 # 10 N 142		POPAYAN	CAUCA	6028234508	gerencia@hospitalsanjose.gov.co			
Representante Legal		Tipo de Documento	Número de Documento	Lugar de Expedición	Fecha de Expedición			
CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS		C.C.	76314758	POPAYAN	31-08-1990			
¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?		SI		X		NO		
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?		SI		X		NO		
¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general?		SI		X		NO		
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?		SI		X		NO		
En caso de ser afirmativa alguna de las preguntas anteriores, por favor indique con que entidades estatales tiene vínculo contractual o comercial								
GERENTE - HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E.								
INFORMACIÓN TRIBUTARIA								
Responsable de IVA	SI	X	NO	Tipo de Régimen	COMUN	Auto retenedor	SI	
Impuesto de Industria y Comercio	SI	X	NO			Gran Contribuyente	SI	
						Retenedor de IVA	SI	
							NO	
Actividad Económica (CIIU)	8610			Correo recepción facturación electrónica	contabilidad@hospitalsanjose.gov.co			Resolución
								9061
INFORMACIÓN FINANCIERA								
Activos	344.885.442			Ingresos Mensuales	283.429.769			
Pasivos	21.391.232			Egresos Mensuales	74.856.798			
Patrimonio	323.274.210			Otros Ingresos	15.498.829			
Detalle de los otros ingresos								
ARRENDAMIENTO, ESTERILIZACIÓN, APROVECHAMIENTO								
OPERACIONES INTERNACIONALES								
¿Realiza transacciones en moneda extranjera?		SI		X		NO		
¿Posee productos financieros en el exterior?		SI		X		NO		
¿Posee cuentas en moneda extranjera?		SI		X		NO		
Tipo de Producto	Identificación número del Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda		
IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 1% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTE CIPACIÓN								
Razón social o nombre completo		Nacionalidad	Tipo de identificación	% Participación				
		C.C.						
		C.E.						
		T.J.						
		NET						
		No.						
Razón social o nombre completo		Nacionalidad	Tipo de identificación	% Participación				
		C.C.						
		C.E.						
		T.J.						
		NET						
		No.						
Razón social o nombre completo		Nacionalidad	Tipo de identificación	% Participación				
		C.C.						
		C.E.						
		T.J.						
		NET						
		No.						
PERSONAS AUTORIZADAS EN CADA AREA (Clientes)								
Area	Nombres y Apellidos		Teléfono	E-mail	Cargo			
Compras	DIEGO FERNANDO QUILINDO		6028234508	almacen@hospitalsanjose.gov.co	ALMACENISTA			
Almacén	DIEGO FERNANDO QUILINDO		6028234508 Ext 199	almacen@hospitalsanjose.gov.co	ALMACENISTA			
Radicación facturas	OVARD ERNEY VIVAS DULCE			contabilidad@hospitalsanjose.gov.co	CONTABILIDAD			
Contabilidad	OVARD ERNEY VIVAS DULCE			contabilidad@hospitalsanjose.gov.co	CONTABILIDAD			
Tesorería	ALEXANDRA GUZMAN MUÑOZ		6028234508 Ext 221	contabilidad@hospitalsanjose.gov.co	TESORERA			
PERSONAS AUTORIZADAS PARA SOLICITAR PAGOS (Proveedores)								
Nombre		Teléfono	Email	Cargo	Autorizada para			
DIAS DE PAGO:								

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 29 de 32

REFERENCIAS COMERCIALES				
Nombre	Teléfono	Teléfono/Email	Empresa/Cargo	Relación (Proveedor, cliente, etc.)
DISTRIBUIDORA - JANER		6027299031	ADMINISTRATIVO	PROVEEDOR
IMPOCAUCA		6028217576	REPRESENTANTE LEGAL	PROVEEDOR
FUERTESMEJIA		3174277357	ADMINISTRATIVO	PROVEEDOR

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS, obrando en nombre propio y/o en calidad de Representante Legal de HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE, entidad legalmente constituida, según certificado de existencia y representación que se anexa, manifiesto bajo la gravedad del juramento que la información suministrada a MEDREX BIC SAS NIT. 830.091.676-9, es cierta, completa y actualizada. Igualmente declaro que:

- 1- La actividad, profesión u oficio de la compañía es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma, no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano.
- 2- La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la sociedad se compromete a actualizarla anualmente.
- 3- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinan a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- 4- Que el (los) representante (es) legal (es), revisor (es) fiscal, miembros de junta directiva, accionistas y/o socios no nos encontramos en ninguna lista de personas reportadas o bloqueadas por actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados al turismo sexual en menores de edad.
- 5- Las garantías y aseveraciones aquí contenidas estarán vigentes mientras nosotros tengamos relaciones comerciales con MEDREX BIC SAS.
- 6- De igual forma declaro que no me encuentro en las listas internacionales vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional ONU (Listas de Naciones Unidas) o en las listas OFAC, estando MEDREX BIC SAS facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación contractual o jurídica si verifica que me encuentro en dichas listas.
- 7- Autorizo (amos) a resolver cualquier acuerdo, negocio, beneficio, subsidio o contrato celebrado con MEDREX BIC SAS en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento.
- 8- Los recursos que posee la compañía provienen de las actividades descritas a continuación: **PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD**

AUTORIZACIÓN GENERAL

Autorizo a MEDREX BIC SAS, con carácter permanente e irrevocable para consultar ante cualquier entidad de información o en bases de datos la información y referencias que declaro o que necesiten, para prevenir y auto controlar el Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y el Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva de la persona jurídica que represento o como persona natural, para este fin autorizo la verificación de esta información. En constancia de haber leído, entendido y aceptado las condiciones e implicaciones de este formulario, remito este formulario de vinculación como tercero y autorizo para que la información suministrada aquí sea verificada.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

Autorizo de manera expresa a MEDREX BIC SAS, el tratamiento de mis datos personales de acuerdo con las finalidades establecidas en el documento de Políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales, el cual se encuentra publicado en el portal web www.medrex.com, cumpliendo cabalmente con las disposiciones establecidas por la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013, y sobre la cual he sido informado y declaro que conozco, entre otras finalidades del tratamiento y las que versen sobre el carácter facultativo de la respuesta a las preguntas que le sean hechas, cuando estas versen sobre datos sensibles o sobre los datos de las niñas, niños y adolescentes, la posibilidad que tiene el titular de acceder en cualquier momento a los datos suministrados, así como, solicitar la corrección, actualización, supresión o revocar la autorización, en los términos establecidos por la Ley, en virtud de los derechos que le asisten como titular, los cuales puede ejercer en cualquier momento.

Autorizo de manera expresa a MEDREX BIC SAS el tratamiento de datos financieros, respecto de los cuales tengo o voy a tener una relación comercial y/o contractual, para que ella o los encargados del tratamiento de la información, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación colombiana, con fines estadísticos de verificación del riesgo, crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial. De igual forma declaro autorizar la utilización de mis datos financieros y personales para:

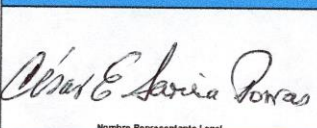
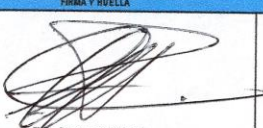
1. Conocimiento de los procedimientos vigentes de MEDREX BIC SAS en materia de Contratación y cumplimiento los contratos que celebre;
2. El control y la prevención de fraude o cualquier otra modalidad delictiva;
3. La liquidación y pago de impuestos;
4. Controlar el cumplimiento de los requisitos y exigencias para acceder al sistema de seguridad social integral;
5. Envío de información a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN);
6. La prevención y control del lavado de activos y la financiación al terrorismo; conforme a la Ley y al Manual contractual o comercial que se tenga con MEDREX BIC SAS.

IMPORTANTE: Como titular de la información, conozco que me asisten los derechos previstos en la Ley, en particular, conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos. El responsable del tratamiento de los datos es MEDREX BIC SAS respecto de los cuales tengo o voy a tener una relación comercial y/o contractual. Esta autorización aplica, incluso, para aquellos casos en los que no se logre formalizar una relación comercial o contractual.

POLÍTICAS DE CONTROL DE RIESGO

La contraparte conoce y se obliga a cumplir los lineamientos impartidos en él, así como también los parámetros contenidos en el Manual de SAGRAFT, y el programa de transparencia y ética empresarial relacionado con el Lavado de activos, Financiación del Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva y con apego y apego a los principios y valores, las normas y estándares internacionales que regulan la materia, esta deberá reportarlo a la UNAF y procederá a terminar la relación comercial y/o contractual que se tenga, sin que esto conlleve a una indemnización de daños y perjuicios.

PERSONA JURÍDICA	PERSONA NATURAL
* Certificado de Existencia y Representación Legal no mayor a 30 días	* Fotocopia del documento de identificación (C.C.C.E. o Pasaporte)
* Copia del Registro Único Tributario (RUT)	* Constancia de Ingresos (si aplica)
* Cédula Representante Legal	* Copia del Registro Único Tributario (RUT) (si aplica)
* Estados Financieros comparativos con corte a 31 de diciembre del último ejercicio (si aplica) Notas a los Estados Financieros	* Declaración de renta del último periodo gravable disponible (si aplica)
* Declaración de renta último periodo (si aplica)	* Registro Mercantil (si aplica)
* Certificaciones Comerciales (si aplica)	
* Referencias Bancarias	

FIRMA Y HUELLA
 Nombre Representante Legal  Firma Representante Legal  Huella
ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE MEDREX BIC S.A.S.

NIVEL DE CRITICIDAD ALTO ☐ MEDIO ☐ BAJO ☐

REVISIÓN DE DOCUMENTOS	Revisó: (Nombre Completo)	Cargo:
APROBACIÓN DE DOCUMENTOS	Aprobación: (Nombre Completo)	Cargo:
REVISIÓN DE LISTAS RESTRICTIVAS	Revisó: (Nombre Completo)	Cargo:

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 30 de 32

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO SARLAFT															
Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a la Circular Externa 000009 del 21 de Abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.															
CODIGO: GDCI-F-8					VERSION: 1.0					FECHA: 19/ENE/2021					
Fecha de Diligenciamiento			Tipo de Cliente							Tipo de Solicitud					
27	06	2023	Cliente	Contratista	Prestador IPS	X			Vinculación						
Día Mes Año			Colaborador	Junta Directiva	Accionista	Otro			Actualización						
Contacto:					Teléfono:										
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		Lugar de nacimiento			Fecha de nacimiento			Dirección				
			Día Mes Año					Día Mes Año							
Teléfono		Celular		Ciudad		Departamento		Profesión			Ocupación (código CIRU)				
Responda si 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 JURIDICA															
Razón Social					NIT					Correo electrónico					
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN ESE					891580002-5					gerencia@hospitalsanjose.gov.co					
Tipo de sociedad:		Anónima		Limitada		S.A.S.		Otra		¿Cuál?					
Tipo de empresa:		Privada		Pública		X		Mixta		Sin ánimo de lucro					
FACTURACIÓN ELECTRÓNICA															
Está Obligatoria a su implementación			SI	X	NO	Proveedor Tecnológico				SYAC					
Correo Electrónico 1.			Radicaion2@hospitalsanjose.gov.co				Correo Electrónico 2.								
Persona Responsable			Leandro Rosero			Cargo		Coordinador Sistemas		Teléfono Fijo Con Ext.		8234508 Ext 134		Celular	
Actividad económica principal															
Salud		X		Farmacéutico		Químico		Industrial		Otro		¿Cuál?			
Transportes				Servicios		Comercial		Financiero		Código CIRU 8610					
Línea comercial que Ofrece															
Artículos Hospitalarios			Escudernación			Confecciones									
Equip. Y Mat. Quirúrgico			elementos de Aseo			Equipos de oficina									
Medicamentos			Artículos electrónicos			Personal									
Tipografía e impresión			Artículos de ferretería			Otro			X						
Representante Legal															
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Tipo de documento				N° Identificación			
SARRIA		PORRAS		CESAR		EDMUNDO		CC	X	CE	PAS	CD	76314758		
Fecha de Expedición			Lugar de expedición			Dirección			Teléfono			Ciudad			
31 08 1990			POPAYÁN			CARRERA 6 #10N-142			8234508			POPAYÁN			
Responda si o no a las siguientes preguntas															
¿Administra recursos públicos?			SI			¿Tiene reconocimiento público?			SI			¿Tiene grado de poder público?			NO
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		Fecha Expedición		% de Participación		Responda si o no a las siguientes preguntas					
										¿Administra recursos públicos?					
										¿Tiene reconocimiento público?					
										¿Tiene grado de poder público?					
										¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?					

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 31 de 32

JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACIÓN SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)								
Nombres y apellidos	Tipo de documento	Nº Documento	Fecha Expedición	Principal o suplente	Responda sí o no a las siguientes preguntas			
					(¿Adhiere recursos públicos?)	(¿Tiene reconocimiento público?)	(¿Tiene grado de poder público?)	(¿Tiene vínculo con una persona considerada TSP?)
JUAN CARLOS LOPEZ CASTRILLON	CC	10534142		Principal	SI	SI	SI	NO
AURA MARICELA ZUÑIGA MENESES	CC	34639807		Principal	SI	SI	SI	NO
REGULO ANDRES VIDAL BARRAGAN	CC	76306673		Principal	SI	SI	NO	NO
MARIA ARIELA AMPARO MUÑOZ	CC	31856661		Principal	SI	SI	NO	NO

II. INFORMACIÓN FINANCIERA			
Total activos \$	344.665.442.000	Total pasivos \$	21.391.232.000
Ingresos mensuales \$	21.952.480.750	Egresos mensuales \$	6.238.066.667
Concepto de otros ingresos:	Aprovechamiento, esterilización, arrendamientos	Información financiera a corte de:	31/12/2022
Patrimonio \$	323.274.208.000	Otros ingresos \$	15.498.629

III. INFORMACIÓN BANCARIA			
Tipo de Cuenta	Entidad Financiera	Seguro	Teléfono
Corriente	DAVIVIENDA	OFICINA COLONIAL	
Ahorros			

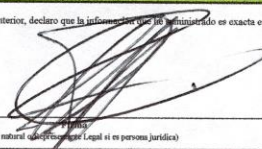
IV. REFERENCIAS COMERCIALES			
Nombres	Teléfono	Dirección	Ciudad
MALLAMAS EPSI	7738726	Av Panamericana 1 Norte #4-56	Ipiales Nariño
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. "NUEVA EPS S.A."		Cl. 13 Norte # 8-40	Popayán-Cauca

V. OPERACIONES INTERNACIONALES							
¿Realiza negocios en moneda extranjera?		Tipo de transacciones					
SI	NO	Importaciones	Exportaciones	Inversiones	Préstamos	Pago de servicios	Transferencias
		¿Cual?					

VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN Y PROCEDENCIA DE FONDO Y AUTORIZACIÓN CONSULTA DE LISTAS RESTRICTIVAS						
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 de las contempladas en el Código Penal Colombiano.						
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente, autorizo su verificación ante cualquier persona pública y privada sin limitación alguna, desde ahora o mientras subsista una relación comercial con la AIC EPSI.						
3. En caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a la Asociación Indígena del Cauca AIC EPSI de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que hubiera en este documento, o de la violación del mismo.						
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):						
ORIGEN: Venta de servicios de Salud						

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 ☒

IX. DOCUMENTOS ANEXOS			
RUT	☒	2 Referencias bancarias	☒
Copia de la Cédula del RL	☒	2 Referencias Comerciales	☒
Estados Financieros Último año	☒	Resolución Invieta	☒
Declaración de renta Último año	☐	Certificado de Distribución de medicamentos	☐
Certificado de Cámara y Comercio	☐	Formato de acta de nombramiento del representante legal	☒

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:	
	
(Persona natural o representante legal si es persona jurídica)	Huella

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 32 de 32

LUCY XIMENA IBARRA HERNANDEZ
Subgerente Administrativo y Financiero

Proyectó: David Hurtado - Afiliado participante Admisalud