



E.S.E HOSPITAL ANDRES GIRARDOT DE GUICAN
FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE PROVEEDORES Y EMPLEADOS
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y
FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

CLASE ☐ **CLIENTE** ☐ **PROVEEDOR** ☐ **EMPLEADO** ☐
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
DIA **MES** **AÑO**

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL (Para las Personas Jurídicas esta información será la del Representante Legal)

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

IDENTIFICACIÓN TIPO ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ FECHA DE EXPEDICIÓN

NUMERO EXPEDIDA EN

FECHA DE NACIMIENTO LUGAR DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA TELEFONO

CELULAR E-MAIL

DETALLE DE LA ACTIVIDAD

ASALARIADO ☐ INDEPENDIENTE ☐ ESTUDIANTE ☐ SOCIO ☐ PENSIONADO ☐

CODIGO "CIU"

OCUPACIÓN / PROFESIÓN NOMBRE DE LA EMPRESA CARGO QUE DESEMPEÑA

DIRECCIÓN EMPRESA CIUDAD TELEFONO E-MAIL

PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL: **NIT:**

DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL **CIUDAD** **TELÉFONO** **FAX**

DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA **CIUDAD** **TELÉFONO** **FAX**

TIPO DE EMPRESA PUBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐ INVER. EXTRANJERA ☐

OTRA. CUAL? **CÓDIGO ACTIVIDAD "CIU"**

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO ANEXAR RELACIÓN DE CONFORMIDAD AL PRESENTE CUADRO)

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO
	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. INFOTMACIÓN FINANCIERA

TOTAL ACTIVOS	\$	TOTAL PASIVOS	\$
INGRESOS MENSUALES	\$	OTROS INGRESOS	\$
EGRESOS MENSUALES	\$	OTROS EGRESOS	\$
CONCEPTO DE LOS INGRESOS			

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI ☐ NO ☐ TIPO DE TRANSACCIÓN
TIPO DE TRANSACCIÓN: IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ INVERSIONES ☐ PRÉSTAMOS ☐ TRANSFERENCIAS ☐

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA



E.S.E HOSPITAL ANDRES GIRARDOT DE GUICAN
FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE PROVEEDORES Y EMPLEADOS
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y
FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

5. PERSONAS PEP's

¿POR SU CARGO MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?

SI ☐ NO ☐

¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO GENERAL?

SI ☐ NO ☐

¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA?

SI ☐ NO ☐

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS O GRUPO DE PAISES?

SI ☐ NO ☐

¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO?

SI ☐ NO ☐

SI SU RESPUESTA ES SI EN ALGUNO DE LOS CASO POR FAVOR INDIQUE:

6. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CENTRALES DE RIESGO

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc):

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del Marco Legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.

3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.

4. De manera irrevocable autorizo a la E.S.E. HOSPITAL ANDRES GIRARDOT DE GUICAN, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga relación comercial vigente ó que se encuentre debidamente autorizada para administrar o manejar base de datos incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.

5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas

7. INFORMACIÓN BANCARIA

ENTIDAD	SUCURSAL Y TELEFONO	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA

8. 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 REPRESENTANTE LEGAL DEL PROVEEDOR Ó EMPLEADO

HUELLA INDICE DERECHO

