

Fecha de Diligenciamiento    Ciudad  Area  Tipo de Solicitud: Nuevo  Actualización   
 Clase de Vinculacion con el HDCS Servidor Público  Prestación de Servicios  Cliente  Otros  Proveedores Bienes  Servicios

**1. PERSONA NATURAL**

Apellidos  Nombres   
 CC  CE  TI  RC  Otro  No  Fecha de Nacimiento     
 Lugar de Nacimiento  Nacionalidad  Ocupación/Oficio   
 Profesión  Teléfono  Celular   
 Dirección de Residencia  Municipio   
 Ingresos Mensuales  Egresos Mensuales   
 Activos(pesos)  Pasivos (pesos)   
 Patrimonio (pesos)  Otros Ingresos (pesos)   
 Concepto Otros Ingresos

**2. PERSONA JURÍDICA**

Nombre o Razón Social  NIT  DV   
 Tipo de Empresa: Pública  Privada  Mixta  Sector de la Economía  CIU   
 Tipo de Contribuyente: Régimen Simplificado  Régimen Común  Grandes Contribuyentes  Otras Entidades   
 Fecha de Constitucion en Camara de Comercio     Correo Electrónico Empresarial   
 Oficina Principal Dirección  Municipio  Teléfono   
 Sucursal/agencia Dirección  Municipio  Teléfono   
 Representante Legal      
 CC  CE  TI  RC  Otro  No  Fecha de Nacimiento

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

ID	Numero ID	NOMBRES Y APELLIDOS	Por su actividad o cargo administra recursos públicos	por su actividad o cargo ejerce algun grado de poder publico?	por su actividad o cargo goza de reconocimiento publico	Esta obligado a declaración tributaria en otro pais(es)? Cuales?
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Ingresos Mensuales  Egresos Mensuales   
 Activos (pesos)  Pasivos(pesos)   
 Patrimonio(pesos)  Otros Egresos(pesos)   
 Concepto Otros Ingresos

**3. PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUERTAS - PEP**

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

**4. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS**

Declaro expresamente que:

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

Origen



**HOSPITAL DEPARTAMENTAL CENTENARIO DE SEVILLA 821.003.143-7**  
**FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DE PERSONAS NATURALES**  
**Y JURIDICAS "SARLAFT"**

**VERSION:**  
0  
**CÓDIGO:**  
FSARLAFTEPS - 01

**EDICIÓN:**  
Noviembre de 2016  
**PAGINA 2 DE 3**

**5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

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

Indique otras operaciones

¿Posee productos extranjeros en el exterior? SI  NO  ¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI  NO

Tipo de producto	Identificación del producto	Número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	Pais	Moneda

**6. DECLARACIÓN 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 establecida a nivel nacional o internacional para el control del lavado de activos o financiamiento del terrorismo; así mismo me responsabilizo ante HDCS 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 al Hospital Departamental Centenario de Sevilla.

**7. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN**

Con la suscripción de este documento autorizo al Hospital Departamental Centenario de Sevilla 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 la 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 a 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 Departamental Centenario de Sevilla a implementar las medidas tendientes a evitar que 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.

El HOSPITAL DEPARTAMENTAL CENTENARIO DE SEVILLA 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 origen constitucional.
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 judicial relacionado con la comisión de delitos de igual o similar naturaleza a los indicados en esta cláusula.

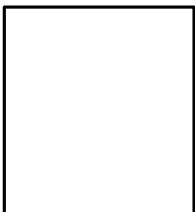
El suscriptor de este documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño al HOSPITAL DEPARTAMENTAL CENTENARIO DE SEVILLA por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra el Hospital Departamental Centenario de Sevilla por parte del suscripto de las obligaciones que le apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como cualquier reclamo judicial, extrajudicial y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra del HOSPITAL DEPARTAMENTAL CENTENARIO DE SEVILLA 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 Departamental Centenario de Sevilla y a los terceros que este le indique.

**8. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

1. Fotocopia de documento de identidad de la persona natural o persona jurídica
1. Fotocopia del RUT Actualizado
2. Fotocopia del documento de identidad del representante legal
3. Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas jurídicas

**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



\_\_\_\_\_  
FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

**10. INFORMACION RESERVADA PARA LA ENTIDAD**

Recopilación y verificación de información

- Lista OFAC  
 Lista de concejo de Seguridad de las Naciones Unidas  
 Lista de los mas buscados de la DEA  
 Lista de los mas buscados por la INTERPOL  
 Lista de los mas buscados por el FBI  
 Certificado de Antecedentes de Responsabilidad Fiscal-Contraloria General de la República  
 Certificado de Antecedentes Disciplinarios-Procuraduría  
 Certificado de Antecedentes Judiciales-Policia Nacional  
 Otra

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar al Oficial de Cumplimiento

**ENCARGADO DE RECOPIRAR LA INFORMACIÓN**
**ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN**

 NOMBRE  NOMBRE 

 DOCUMENTO  DOCUMENTO 

 CARGO  CARGO 

 AREA  EXTENSION 

 FECHA  DD  MM  AAAA HORA  FECHA  DD  MM  AAAA HORA