

<div>FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT</div> <div>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.</div>																																							
Fecha de diligenciamiento					Tipo de Cliente o Contraparte										Tipo de Solicitud																								
23		12		2024		Contratista		X		Junta Directiva				Proveedor				Funcionario				Vinculación																	
día		mes		año		Particular				Otro				¿Cuál?								Actualización																	
I. INFORMACIÓN GENERAL																																							
PERSONA NATURAL																																							
Primer Apellido			Segundo Apellido			Primer Nombre			Segundo Nombre			Tipo de documento							N° Identificación																				
GUERRERO			PACHECO			JOHN			JAIRO			CC		X		CE				TI		PAS				CD		79952309											
Lugar de expedición					Fecha de expedición			Lugar de nacimiento					Fecha de nacimiento					Dirección																					
BOGOTA D.C.					12 día 9 mes 1997 año			BOGOTA D.C.					12 día 9 mes 1979 año					CALLE 15 N0 45-139																					
Teléfono			Celular			Ciudad			Departamento			Profesión					Ocupación (código CIIU)																						
3107695846			3107695846			VILLAVICENCIO			META			INGENIERO BIOMEDICO					G4645																						
Responda sí o no a las siguientes preguntas																																							
¿Administra recursos públicos?					NO					¿Tiene reconocimiento público?					NO					¿Tiene grado de poder público?					NO					¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?					NO				
II. INFORMACIÓN FINANCIERA																																							
Total activos \$					2.029.118.247					Total pasivos \$					\$					345.820.770					Patrimonio \$					\$					1.683.297.477				
Ingresos mensuales \$					\$					18.000.000					Egresos mensuales \$					\$					11.000.000					Otros ingresos \$									
Concepto de otros ingresos										Información financiera a corte de:										2023																			
III. INFORMACIÓN BANCARIA																																							
Tipo de Cuenta					Entidad Financiera					Sucursal					Teléfono																								
Corriente		Ahorros																																					
		X			BANCOLOMBIA					CENTRO																													
IV. OPERACIONES INTERNACIONALES																																							
¿Realiza negocios en moneda extranjera?		Tipo de transacciones																																					
Sí		N		X		Importaciones		Exportaciones		Inversiones		Préstamos		Pago de servicios		Transferencias		Otros																					
Productos financieros en moneda extranjera																																							
Tipo de producto		No. de producto			Entidad			Monto			Ciudad			País			Moneda																						
V. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS																																							
Declaro expresamente que:																																							
1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.): PRODUCTO DE LA COMERCIALIZACION Y VENTA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, MEDICINALES, COSMETICOS, Y DE TOCADOR.																																							
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.																																							
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.																																							
4. De manera irrevocable autorizo a la ESE Hospital San Antonio de Mitú, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.																																							
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.																																							
6. Eximimos a ESE Hospital San Antonio de Mitú, sus representantes legales y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.																																							
VII. DECLARACIONES ADICIONALES																																							
1. Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo? Si No X																																							
2. La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton? Si No X																																							
3. Si es persona natural ha sido incluido en listas inhibitorias como la lista Clinton? Si No X																																							
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:																																							
<div><div></div><div></div></div>																																							
<div><div>Firma</div><div>(Persona natural o Representante Legal si es persona jurídica)</div></div> <div>Huella</div>																																							