Hospital Local Cartagena de Indias	**FORMATO UNICO DE CONOCIMIENTO Y VINCULACION CLIENTE PERSONA NATURAL**	**Código: PG-SAF-VCPN-22** **Versión: 1** **Fecha: 20/03/2019**

IDENTIFICACIÓN			
Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre(s):	
Lugar de nacimiento:	Fecha de nacimiento:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD T.I. ☐ P.P.☐C.C.☐ C.E. ☐ No.	
Ocupación, oficio o profesión:	Nacionalidad:	Ciudad:	
Dirección de residencia:			
Teléfono de residencia:	Teléfono móvil:	E-mail para notificaciones:	

PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA	
¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Sí ☐ No ☐	¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Sí ☐ No ☐
¿Por su cargo o actividad goza de reconocimiento público? Sí ☐ No ☐	En caso de respuesta afirmativa, especifique (artista, deportista, etc.):

OPERACIONES INTERNACIONALES
¿Realiza operaciones internacionales? Sí ☐ No ☐ ¿Cuál? (importaciones, exportaciones, inversiones, prestamos, giros, pago de servicios, trasferencias, etc.)

DECLARACIONES
Declaración voluntaria de origen de fondos: Declaro que los recursos utilizados o a utilizarse en cualquier relación comercial y/o contractual con la **ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS** o cualquiera de las sociedades pertenecientes a su grupo empresarial, provienen de actividades lícitas; por tal razón, manifiesto que aquellos no son resultado de actividades penalizadas por el ordenamiento colombiano, tales como delitos contra el patrimonio económico, enriquecimiento ilícito o lavado de activos, utilización indebida de fondos captados del público, actividades relacionadas con el tráfico de estupefacientes, testaferrato, delitos contra el orden constitucional o cualquier otro delito o actividad contraria al orden público. Por ende, declaro bajo la gravedad de juramento que actualmente no me encuentro incluido en ninguna lista restrictiva como la lista OFAC o similares, no he sido vinculado a investigación alguna ante cualquier autoridad como resultado de investigaciones en procesos de extinción de dominio, no he sido condenado, y no se ha emitido en mi contra sentencia o fallo en relación con las conductas mencionadas en este párrafo.

	VERIFICACIÓN		
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 confirmarla cada vez que así sea solicitado. (Si es persona jurídica, firma el representante legal).	Hora:	Fecha:	Ciudad:
	Nombre del funcionario responsable:		
	P.P.☐ C.C.☐ C.E. ☐ T.I. ☐ No.:		
	Firma:		
	Cargo:		
Firma ESPACIO PARA HUELLA	Se certifica que se llevó a cabo la revisión de las listas vinculantes respecto de la(s) persona(s), naturales y jurídicas acá señaladas Sí ☐ No ☐ Consulta en listas No. _____		

OBSERVACIONES **(Para Uso Exclusivo de la ESEHLCI)**