

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL Universitario San Rafael <small>de Tunja</small>
CÓDIGO: C-F-10	FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y/O CONTRAPARTE	
(Sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/PADM)		
Versión: 05		Fecha: 26/08/2024

Fecha _____	Ciudad Tunja	Departamento Boyacá	
La información reportada es confidencial y dará cumplimiento la Circular Externa 009 de 2016 y 202117000000055 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud y sus modificatorios. Diligenciar todos los campos sin enmiendas ni tachaduras.			
CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)			
PROVEEDOR ☐	EMPLEADO ☐	CONTRATISTA OPS ☐	
SERVIDOR PUBLICO ☐	TERCERIZADOS ☐	TEMPORAL ☐	
JUNTA DIRECTIVA ☐	OTRO ☐	CUAL _____	

1. PERSONA NATURAL			
(El Rep. Legal deberá diligenciar ítem de persona natural)			
NACIONAL ☐	EXTRANJERA ☐	PUBLICA ☐	PRIVADA ☐ MIXTA ☐
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS _____			
TIPO DE IDENTIFICACION	C.C. ☐	C.E. ☐	T. I ☐ FECHA DE EXPEDICIÓN _____
NUMERO DE IDENTIFICACION _____	LUGAR DE EXPEDIDA _____		
FECHA DE NACIMIENTO _____	LUGAR DE NACIMIENTO _____		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA _____	NUMERO DE TELEFONO _____		
NUMERO DE CELULAR _____	E-MAIL _____		
DETALLE DE LA ACTIVIDAD			
ASALARIADO ☐	INDEPENDIENTE ☐	ESTUDIANTE ☐	SOCIO ☐ PENSIONADO ☐
ACTIVIDAD "CIU" ☐ *Opcional			
OCUPACIÓN / PROFESIÓN	NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO QUE DESEMPEÑA	
Xxxx			
DIRECCIÓN EMPRESA	CIUDAD	NUMERO TELEFONO	E-MAIL

2. PERSONA JURIDICA			
(El Rep. Legal deberá diligenciar ítem de persona natural)			
RAZON SOCIAL: _____	NIT: _____		
DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL	CIUDAD	NUMERO TELÉFONO	FAX
DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA	CIUDAD	NUMERO TELÉFONO	FAX

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO: C-F-10	FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y/O CONTRAPARTE	
(Sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/PADM)		
Versión: 05		Fecha: 26/08/2024

TIPO DE EMPRESA	PUBLICA ☐	PRIVADA ☐	MIXTA ☐	EXTRANJERA ☐
OTRA. CUAL?	<input type="text"/>			
	CÓDIGO ACTIVIDAD "CIU" <input type="text"/>			

3. 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
* Se debe diligenciar por la persona jurídica caso aplique.

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIFICACION
<input type="text"/>	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	<input type="text"/>
<input type="text"/>	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	<input type="text"/>
<input type="text"/>	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	<input type="text"/>
<input type="text"/>	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	<input type="text"/>
<input type="text"/>	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	<input type="text"/>

4. INFORMACIÓN FINANCIERA
* Campo Obligatorio

TOTAL ACTIVOS	\$	TOTAL PASIVOS	\$
INGRESOS MENSUALES	\$	OTROS INGRESOS	\$
EGRESOS MENSUALES	\$	OTROS EGRESOS	\$
CONCEPTO DE LOS INGRESOS <input type="text"/>			

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES
* Campo Obligatorio

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI ☐ NO ☐

TIPO DE TRANSACCIÓN: IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ INVERSIONES ☐ PRÉSTAMOS ☐ TRANSFERENCIAS ☐

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP)
* Campo Obligatorio

¿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 ☐

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL Universitario San Rafael de Tunja
CÓDIGO: C-F-10	FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y/O CONTRAPARTE	
(Sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/PADM)		
Versión: 05		Fecha: 26/08/2024

¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI ☐ NO ☐

SI SU RESPUESTA ES SÍ EN ALGUNA PREGUNTA, FAVOR EXPLIQUE LA RAZÓN:

7. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CENTRALES DE RIESGO*
*** Campo Obligatorio**

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 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 UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, consultar en base de datos 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 o actividades terroristas.

8. INFORMACIÓN BANCARIA
*** Campo Obligatorio**

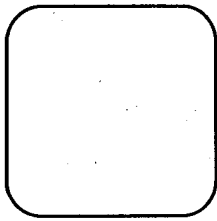
ENTIDAD	SUCURSAL Y/O TELEFONO	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA
XXX	XXX	XX	XX

9. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA y VERAZ EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL SIGUIENTE DOCUMENTO:

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA REPRESENTANTE LEGAL DEL CLIENTE /CONTRAPARTE
C.C. No

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA
C.C. No



HUELLA INDICE DERECHO

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael <small>de Tunja</small>
CÓDIGO: C-F-10	FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y/O CONTRAPARTE	
Versión: 05	(Sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/PADM)	
		Fecha: 26/08/2024

INSTRUCTIVO DEL DILIGENCIAMIENTO DE FORMULARIOS DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y/O CONTRAPARTE (SARLAFT/PADM)

OBJETIVO:

Diligenciar oportuna y correctamente el formulario de conocimiento del cliente y/o contraparte - **(SARLAFT/PADM)**, en letra manuscrita o computador con firma y huella de quien se registra la información, fortaleciendo los controles del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo – SARLAFT/PADM del Hospital.

1. Diligenciar fecha de suscripción del formato.
2. Diligenciar Clase Tipo de Vinculación (MARCA CON X).
3. La persona natural deberá diligenciar el numeral 1. Se deberá tener en cuenta que si se trata de persona jurídica el representante legal diligenciará de manera completa cada una de casillas establecidas en este numeral.
4. La persona natural o el representante legal si es persona jurídica deberá diligenciar el numeral 1 respecto de las casillas: Si es nacional, extranjera, publica, privada o mixta; nombre y apellidos completos; tipo de identificación y la fecha de expedición; número de identificación y el lugar de expedición dirección de residencia, número de teléfono; número de celular, E-MAIL; detalle de la actividad si es asalariado, independiente, estudiante, socio, pensionado, actividad CIU como campo opcional, diligenciar la ocupación / profesión, nombre de la empresa, cargo que desempeña, dirección empresa, ciudad de la empresa, teléfono de la empresa, email de la empresa.
5. Se debe diligenciar el numeral 2 si se trata de Persona Jurídica precisando que (El Rep. Legal deberá diligenciar ítem de persona natural). Se debe diligenciar de manera completa los campos correspondientes a la razón social de la persona jurídica, NIT, dirección de la oficina principal de la persona jurídica
6. Diligenciar la ciudad de la oficina principal de la persona jurídica
7. Diligenciar el número de teléfono de la oficina principal de la persona jurídica
8. Diligenciar el numero de fax de la oficina principal
9. Diligenciar la dirección sucursal o agencia de la persona jurídica
10. Diligenciar la ciudad de la sucursal o agencia
11. Diligenciar el número de teléfono de la sucursal o agencia
12. Diligenciar el número de fax de la sucursal o agencia
13. Diligenciar el tipo de empresa, si es publica, privada, mixta y extranjera otra o cual?.
14. Diligenciar el código de la actividad "CIU" de la persona jurídica.
15. Diligenciar el numeral 3 correspondiente a "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, este campo * Se debe diligenciar por la persona jurídica caso aplique, e indicar información relacionada con la razón social o nombre completo, tipo de identificación y número de identificación
16. Diligenciar como campo obligatorio el numeral 4 relacionado con la "INFORMACIÓN FINANCIERA" indicación del total activos, ingresos mensuales, egresos mensuales, total, pasivos, otros ingresos, otros egresos y concepto de los ingresos.
17. Diligenciar como campo obligatorio el numeral 5 "ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES", ¿respecto a la información asociada a "realiza transacciones en moneda extranjera?" si o no, tipo de transacción: "importación, exportación, inversiones, préstamos y transferencias; tipo de producto identificación, entidad, monto, ciudad, país y moneda.
18. Diligenciar como campo obligatorio el numeral 6 "PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP)" teniendo en cuenta las preguntas cuya respuesta es sí o no: ¿por su cargo maneja recursos públicos?, ¿por su actividad u oficio, goza de reconocimiento general?, ¿existe algún vínculo entre usted y una persona públicamente expuesta?, ¿es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?, ¿por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si se presenta en alguna respuesta sí, favor explicar la razón.
19. Diligenciar como campo obligatorio el numeral 7 "DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CENTRALES DE RIESGO" respecto a "Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc). señalar la fuente de esos recursos.
20. Diligenciar como campo obligatorio el numeral 8 "INFORMACIÓN BANCARIA", describir la entidad, sucursal y/o teléfono, tipo de cuenta y numero de la cuenta".
21. Diligenciar como campo obligatorio el numeral 9 "FIRMA Y HUELLA", indicando el nombre completo con la firma del representante legal, cedula de ciudadanía, y huella.

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO: C-F-10	FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y/O CONTRAPARTE (Sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/PADM)	
Versión: 05		
		Fecha: 26/08/2024

DOCUMENTOS REQUERIDOS JUNTO CON EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO	
Persona Jurídica <ul style="list-style-type: none"> • Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a 60 días calendario, expedida por la cámara de comercio o por la entidad competente. • Fotocopia del Régimen Único Tributario RUT actualizado. • Fotocopia de la Cédula del Representante Legal • Certificado de la Cuenta Bancaria emitido por la Entidad Financiera. • Cuando se trate de terceros aliados diferentes a Entidades Públicas Nacionales o Internacionales que aportan recursos económicos, deben presentar Certificación de Prácticas de prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y composición accionaria o fundadores del primer nivel, solo en contratación superior a 800 SMMVLV 	Persona Natural <ul style="list-style-type: none"> • Fotocopia del Registro Único Tributario RUT actualizado. • Fotocopia de la cédula de la persona natural. • Certificado de la Cuenta Bancaria emitido por la Entidad Financiera.

CODIGO: C-F-10	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
VERSION: 05	FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y/O CONTRAPARTE (Sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/PADM)		FECHA: 26/08/2024
CONTROL DE CAMBIOS			
No. VERSION	FECHA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
3	03/04/2023	Sandra Liliana Olarte Romero	Inclusión opción de persona extranjera. Inclusión de Junta directiva Se elimina Acuerdo No. 015 del 15 de noviembre de 2016.
4	29/09/2023	Sandra Liliana Olarte Romero	Inclusión de control de cambios al formato, ajuste de fecha. El formato se articula con el Manual código: AF-M-02 y subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF).
5	26/08/2024	Sandra Liliana Olarte Romero Juan Felipe García Nonsoque	Se ajusta ciudad y departamento. Se ajusta actividad CIIU respecto al numeral 1 la cual pasa a ser opcional. Se adiciona en el numeral 1 la anotación "El Rep. Legal deberá diligenciar ítem de persona natural" Se realiza la anotación de los campos que tienen carácter obligatorio Se ajusta descripción del instructivo. Se ajusta diseño del formato.