Federico Lleras Acosta – EL HOSPITAL DE TODOS	GESTION ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-105
		VERSIÓN: 3
	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA JURIDICA	VIGENTE DESDE: 31-07-2024
		PAGINA 1 DE 2

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DIA	MES	AÑO	CIUDAD:
	26	03	2025	Bogotá D.C.

Importante: Este formato debe quedar completamente diligenciado y en letra imprenta. Por lo anterior en aquellos espacios en los cuales no tenga información para relacionar por favor escribir N.A (No Aplica).

1. INFORMACION GENERAL

RAZON O DENOMINACION SOCIAL	NIT
Terumo Colombia Andina SAS	900361174-6

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
Haraguchi		Kazuya

TIPO DE IDENTIFICACION (CC: cedula de ciudadania, CE: Cédula de Extranjeria, PA: Pasaporte, TI: Tarjeta de Identidad, TE: Tarjeta de Extranjeria, RC: Registro Civil)

CC [ ] CE [X] PA [ ] TI [ ] TE [ ] RC [ ] No. 7173566

SEXO: F [ ] M [X]

FECHA DE EXPEDICION			LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO
DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	
26	05	2022	Bogotá D.C.	17	06	1974	Japón

NACIONALIDAD 1	NACIONALIDAD 2
Japones	

DIRECCION RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	CIUDAD
Calle 100 # 23-10 Piso 2	cundinamarca	Bogotá
CORREO ELECTRONICO	**TELEFONO FIJO**	**CELULAR**
daniel.pelaez@terumomedical.com	(601) 2568400	3102085950

POR SU CARGO O ACTIVIDAD — EN CASO AFIRMATIVO FAVOR ESPECIFIQUE:

1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI [ ] NO [X]
2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? SI [ ] NO [X]
3. ¿EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO? SI [ ] NO [X]

EXISITE ALGUN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA? SI [ ] NO [X]

¿Cúal? _____

TIPO DE EMPRESA PUBLICA [ ] PRIVADA [X] MIXTA [ ] SIN ANIMO DE LUCRO [ ] OTRA [ ]

¿Cúal? _____

ACTIVIDAD ECONOMICA — INDUSTRIAL [ ] COMERCIAL [X] CONSTRUCCION [ ] SERVICIOS FINANCIEROS [ ] AGRICOLA [ ] TRANSPORTE [ ] CIVIL [ ]

DATOS OFICINA PRINCIPAL		DATOS SUCURSAL O AGENCIA	
DIRECCION: Calle 100 # 23-10 Piso 2		DIRECCION	
DEPARTAMENTO: cundinamarca		DEPARTAMENTO	
CIUDAD: Bogotá D.C.		CIUDAD	
CORREO ELECTRONICO: daniel.pelaez@terumomedical.com	TELEFONO: 3102085950	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE APORTE O PARTICIPACION (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR UNA RELACIÓN):

1) Por favor relacione los socios o accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, aporte o participación.

2) Si el accionista o socio es una Persona Jurídica, por favor relacione la información de su composición accionaria en la sección BENEFICIARIOS FINALES (En caso de requerir mas espacio anexe Certificado de Composición Accionaria).

No.	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO	RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	1. Administra recursos públicos	2. Ejerce algun grado de poder	3. Goza de Reconocimiento Público	4. obligacion Declaración Tributaria Indique Pais	% PARTICIPACIÓN
1	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [X]	900368505-2	TERUMO LATIN AMERICA CORPORATION	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	USA	100%
	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		
	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		
	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		
	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		
	CC [ ] CE [ ] TI [ ] NIT [ ]			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]		

CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extrangeria, TI :Tarjeta de Identidad, NIT: Némero de Identificación Tributaria

El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E declara que la versión vigente y controlada de este documento solo podrá ser consultada en la INTRANET Institucional; toda copia o impresión de este se considera como documento

Federico Lleras Acosta	GESTION ADMINISTRATIVA	CÓDIGO: GA-FR-105
		VERSIÓN: 3
	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA JURIDICA	VIGENTE DESDE: 31-07-2024
		PAGÍNA 2 DE 2

2. INFORMACION FINANCIERA

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☐

EXPORTACIONES ☐ INVERSIONES ☐ ENVIO Y/O RECEPCIONES ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PAGO DE SERVICIOS ☐

IMPORTACIONES ☒ PRESTAMOS ☐ OTRA? ☐ ¿Cúal? _____

3. DECLARACION DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO EN ESTE FORMATO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y QUE TODOS LOS RECURSOS Y BIENES QUE POSEO LOS HE ADQUIRIDO DE MANERA LICITA.

4. AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACION

Declaro que para efectos de vinculación con el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E, el suscrito ha suministrado datos personales.

En consecuencia autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a que realicen el tratamiento de los mismos para los fines que sean necesarios en la prestacion del servicio correspondiente así como a la circulación o transferencia de ellos todo, aun en el caso que no se llegare a formalizar la relación contractual o laboral o la misma hubiere terminado. Así mismo autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial los relativos a los datos biometricos.

Autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a entregar o compartir la información con personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos.

Declaro que conozco que las respuestas a las preguntas sobre datos sensibles son facultativas y que el Hospital mehan informado los derechos que se tienen como titular de la información de acuerdo con la Ley y su manual de políticas que se encuentra disponobles en la pagina www.hfilleras.gov.co igualmente me comprometo a actualizar la información cuando sea necesario.

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1 Copia del documento de identidad del representante legal

2 Copia de representacion legal - Certificado de camara y comercio detallado

3 Copia del RUT detallado

4 Estados financieros de la persona juridica de la ultima vigencia.

6. FIRMA Y HUELLA

DECLARO HABER LEIDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



HUELLA

Kizya Hayuchi

FIRMA Y CEDULA

7. VERIFICACION DE LA INFORMACION (ESPACIO RESERVADO SOLO PARA EL OFICAL DE CUMPLIMIENTO)

FECHA	DIA	MES	AÑO	HORA	

LISTAS CONSULTADAS	REPORTA RESTRICCIÓN			
1. OFFICE OF FOREING ASSETS CONTROL (OFAC) Oficina de control de activos	SI	☐	NO	☐
2. LISTA CONSOLIDADA DE SANCIONES DEL CONSEJO DE SEGURIDAD DE LA NACIONES UNIDAS	SI	☐	NO	☐
3 LISTA LINEA INTERPOL	SI	☐	NO	☐
4. OTRAS	SI	☐	NO	☐

OBSERVACIÓN: _____

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	CARGO