FORMULARIO DE INFORMACIÓN BÁSICA DEL CLIENTE

Fecha de Diligenciamiento: Día ..... Mes ..... Año ..... **Ciudad:** ..... **Tipo de Solicitud:** .....

Clase de Vinculación: ..... **Otra (poner cual clase de vinculación):** .....

Esta información hace parte integral del proceso de vinculación comercial y/o contractual con el Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro, Antioquia. El formulario debe ser diligenciado en su totalidad, según corresponda al tipo de persona (natural o jurídica). En caso de no contar con alguno de los datos solicitados, el cliente deberá dejar constancia expresa de dicha circunstancia en el espacio correspondiente. Asimismo, el cliente se compromete a actualizar anualmente la información suministrada en este formato, mientras se mantenga vigente la relación comercial con la entidad, en cumplimiento de las disposiciones legales aplicables y los procedimientos internos de control y gestión.

1. DATOS DE PERSONA NATURAL

Primer apellido: ..... Segundo apellido: ..... Nombres: .....

Tipo de documento: ..... Número: ..... Lugar y fecha de expedición: .....

Nacionalidad 1: ..... Nacionalidad 2: ..... Sexo: .....

Lugar y fecha de nacimiento: ..... Teléfono: ..... Dirección Residencia: .....

E-Mail: ..... Ciudad: ..... Departamento: ..... Teléfono o Celular: .....

Actividad Principal: ..... Cargo: ..... Ocupación : ..... CIIU: .....

EMPRESA (Hace referencia a la empresa con la cual trabaja la persona natural con el fin de proporcionar la información de la empresa y donde podamos confirmar los datos)

Empresa: ..... Nit: ..... Telefono: ..... Dirección: .....

Tipo de contrato con la persona natural: .....

Ingresos Mensuales: ..... Egresos Mensuales: .....

Egresos Mensuales .....

Pasivos: ..... Patrimonio: ..... Otro Ingresos: .....

Concepto de otros Ingresos: .....

2. DATOS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PERSONA JURÍDICA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL: ..... NIT: .....

DV: .....

REPRESENTANTE LEGAL

Primer apellido: ..... Segundo apellido: ..... Nombres: .....

Tipo de documento: ..... Número: ..... Lugar y fecha de expedición: .....

Nacionalidad 1: ..... Nacionalidad 2: ..... Sexo: .....

Lugar y fecha de nacimiento: ..... Teléfono: ..... Dirección: .....

Dirección oficina principal: ..... Ciudad: ..... Teléfono: ..... ıx: .....

Dirección sucursal o agencia: ..... Ciudad: ..... Teléfono: ..... ıx: .....

Por su cargo o actividad ¿maneja recursos públicos? .....

Por su cargo o actividad ¿ejerce algún grado de poder público? .....

Por su actividad u oficio ¿goza usted de reconocimiento público general? .....

Tipo de empresa: ..... CIIU: ..... Actividad económica: .....

Actividad Comercial: ..... Otra: ..... E-Mail: .....

Ingresos Mensuales: ..... Activos: ..... Patrimonio: .....

Egresos Mensuales: ..... Otros Ingresos: .....

Concepto de otros Ingresos: .....

CONTACTO ADMINISTRATIVO PERSONA JURIDÍCA (Este contacto hace referencia a la persona que puede proporcionar: Confirmación de información de la empresa y actualización de documentos)

Nombre completo: ..... Cargo: .....

Teléfono: ..... Extensión: ..... E-mail: .....

FACTURACIÓN ELECTRÓNICA PERSONA JURIDÍCA (Resolución 042 del 5 de mayo del 2020. Asignación de un correo electrónico exclusivo para la recepción de facturas electrónicas)

Nombre completo: ..... Cargo: .....

Teléfono: ..... Extensión: ..... E-mail Factura Electrónica .....

3. PERSONAS PEP´s (Persona Expuesta Políticamente)

Una Persona Expuesta Políticamente (PEP) es aquella que, por su cargo o relación, puede tener mayor riesgo de exposición a hechos de corrupción o lavado de activos. Incluye a funcionarios públicos, dirigentes políticos, militares de alto rango, jueces, embajadores, entre otros, así como sus familiares cercanos y asociados.
Diligenciar esta sección es obligatorio y permite aplicar controles adecuados según la normativa vigente y estándares internacionales.

Pregunta	Sí	No	Detalle (si aplica)
¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?			
¿Ejerce algún grado de poder público?			
¿Goza de reconocimiento público general?			
¿Tiene obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?			
¿Tiene algún vínculo con una persona considerada públicamente expuesta?			
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?			
¿Ha ocupado usted un cargo público de alto nivel en los últimos 2 años?			

4. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Por favor, diligencie esta sección si realiza operaciones o mantiene relaciones financieras fuera del país. Esta información es importante para cumplir con la normativa vigente sobre prevención de lavado de activos, financiación del terrorismo y control de riesgo. Indicar si maneja moneda extranjera, cuentas o productos financieros en el exterior nos permite aplicar los controles adecuados y garantizar la transparencia en nuestras relaciones comerciales. Si no aplica a su caso, indíquelo expresamente en los espacios correspondientes.

Pregunta	Sí	No	Detalle (si aplica)
¿Realiza transacciones en moneda extranjera?			¿Cuál?
¿Posee productos financieros en el exterior?			
¿Posee cuentas en moneda extranjera?			
¿Tiene inversiones en el exterior?			
¿Utiliza intermediarios financieros internacionales?			¿Cuál?

Tipo de producto	N° Identificación	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

5. ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

Su empresa cuenta con un **SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, FINANCIAMIENTO A LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA LA/FT/FPADM. SIPLAFT, SARLAFT, SICOF, SAGRILAFT, etc.:**

SI ☐ **NO** ☐

Si la respuesta es **SI,** anexar certificación de implementación del **SIPLAFT, SARLAFT SICOF o SAGRILAFT**, firmada por el Oficial de Cumplimiento o Representante Legal, según sistema que aplique.

Que **entidad** lo vigila en su cumplimiento: ..... Que **norma** lo obliga al cumplimiento LA/FT: .....

En caso de no estar obligado por alguna normatividad específica manifieste a continuación si implementa buenas prácticas en ese sentido y descríbalas brevemente:

.....

.....

6. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS (Que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación).

Razón Social o Nombre Completo	Tipo de identificación	Número de identificación	% de participación societaria

7. INFORMACIÓN FINANCIERA (Estados Financieros, Declaraciones de Renta e Información Bancaria)

Ingresos mensuales: ..... Egresos mensuales: .....

Otros ingresos: ..... Conceptos de otro ingresos: .....

Activos corrientes: ..... **Pasivos corrientes:** .....

RELACIÓN DE CUENTAS EN ENTIDADES FINANCIERAS

Tipo de producto	N° del producto	Entidad	Ciudad	País	Moneda

8. DATOS DEL SERVICIO

Servicio a contratar ..... Monto promedio mensual de servicios o ventas al mes (COP): .....

9. DESEMPEÑO DE LA EMPRESA EN EL MERCADO Y REFERENCIAS COMERCIALES

Producto principal que vende	Ingresos mensuales	% Ventas	Nombres de clientes	Antigüedad (años)	Teléfono

Nombres de principales proveedores	% Compras	Antigüedad (años)	Insumo	Ciudad + País

10. CONSULTA EN CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

1. Tanto la actividad, profesión u oficio de la persona jurídica / natural, representante legal, accionistas, socios o asociados son lícitas y se ejercen conforme a la normativa legal colombiana, y los recursos que se manejan no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano ni de ninguna norma que lo modifique o adicione.Nos ponemos el mayor empeño en evitar que nuestra empresa se convierta en instrumento para el lavado de activos y/o canalización de recursos hacia la realización de actividades terroristas.

2. Autorizo de manera permanente e irrevocable al Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro, o a quien represente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y gestión comercial, consulte cualquier información financiera o comercial de la persona jurídica / natural y su representante legal en las centrales de información o bases de datos legalmente constituidas, en los términos y durante el tiempo que las normas lo permitan.

3. Declaro que la información suministrada en este documento es veraz y verificable, y me comprometo a actualizarla anualmente o cuando existan cambios sustanciales y significativos dentro de la organización.

4. Autorizo a la compañia para tomar las medidas pertinentes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiéndo al Hospital de toda responsabilidad derivada de información errónea, falsa o incompleta suministrada en este formulario.

11. DOCUMENTACIÓN MÍNIMA OBLIGATORIA

1. Original del certificado de existencia y representación legal con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días.
2. Fotocopia del documento de identidad del representante legal.
3. Registro Único Tributario (RUT) actualizado.
4. Estados financieros de los últimos dos (2) años, firmados por contador, revisor fiscal y representante legal, donde se pueda corroborar el valor de los ingresos mensuales y el origen de los recursos empleados.
5. Declaración de renta de los últimos dos (2) años.
6. Certificado de composición accionaria, firmado por el revisor fiscal y/o contador de la empresa (vigente), donde se relacionan los socios y/o accionistas con participación mayor al cinco por ciento (5%).
7. Extractos bancarios de los últimos tres (3) meses o certificaciones bancarias.
8. Dos (2) referencias comerciales.
9. Certificado de implementación del sistema de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo (SARLAFT, SAGRILAFT o equivalente), firmado por el representante legal u oficial de cumplimiento (si aplica).
10. Consentimiento explícito para el tratamiento de datos sensibles en cumplimiento con la normativa de protección de datos.

NOTA: LA GERENCIA CORPORATIVA DE RIESGO, PODRÁ SOLICITAR DOCUMENTACIÓN ADICIONAL SEGÚN LA NECESIDAD DE CADA CASO.

Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, igualmente no admitiré que terceros efectúen depósitos a nombre mío, con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo a saldar las obligaciones o depósitos con esta institución, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento eximiendo al Hospital San Juan de Dios ESE Rionegro, Antioquia de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

Por último declaro que los recursos que van a ser utilizados en mi actividad comercial, provienen de actividades en moneda extranjera SÍ: NO: **(Si su respuesta es SÍ, diligencie lo siguiente):**

ACTIVIDAD EN OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Nombre de la entidad con la que realiza la operación	Ciudad ubicación de la entidad	País ubicación de la Entidad	Entidad financiera en la que Monetiza el dinero	Declaro que estas actividades en moneda extranjera son destinadas a:

12. AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo al **Hospital San Juan de Dios E.S.E Rionegro Antioquia** para el tratamiento de mis datos personales, incluyendo mi huella dactilar, de acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y normas relacionadas. Estos datos podrán ser recolectados, almacenados, utilizados y compartidos con de realizar gestión administrativa, gestión de estadísticas internas, gestión de conocimiento de pacientes y proveedores, verificación de datos y referencias, mantener, controlar y desarrollar la relación institucional, encuestas de satisfacción, contacto, remisión de información y comunicaciones institucionales a través de los medios registrados para desarrollar las finalidades aquí previstas y transferencia nacional e internacional de datos con aliados estratégicos para fines de gestión hospitalaria y cumplimiento normativo.

Declaro que cuento con autorización para proporcionar información de terceros si es necesario y acepto que sea incorporada en la base de datos del hospital para gestión administrativa y verificación de antecedentes.

El titular de los datos podrá ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión de datos y/o revocación de la autorización o reclamo por infracción sobre sus datos, mediante un escrito dirigido al **Hospital San Juan de Dios E.S.E Rionegro Antioquia**, a la dirección de correo electrónico _____, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a _____

Le informamos que el **Hospital San Juan de Dios E.S.E Rionegro Antioquia** cuenta con política para el tratamiento de los datos personales almacenados en sus bases de datos, la cual puede ser consultada mediante solicitud al correo _____.

ACEPTO ☐

13. FIRMA Y HUELLA (REPRESENTANTE LEGAL)

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

Nombre: .....

Firma: .....

Huella Dactilar

Índice Derec