ESE Hospital San Juan de Dios Santa Fe de Antioquia	FORMATO DE FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	CÓDIGO: PD-PD-FT-13 VERSIÓN: 01 FECHA: OCTUBRE 2023 PÁGINA: 1 DE 1

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DIA	10	12	2025

INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIENDA MEDICA MEDELLIN S.A.S		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. T.I. C.E. NIT	
DIRECCIÓN	CALLE 48B # 81 A 24		No. 900.132.642 - 1 (Incluir dígito de verificación)	
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA	CIUDAD: MEDELLIN		
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	MARIA JUDITH CANO GOEZ		No. IDENTIFICACIÓN	32.445.848
CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	aux.contable@tiendamedica.com.co		TELEFONO	3165429304

INFORMACIÓN GENERAL

ACTIVIDAD ECONÓMICA	☐ INDUSTRIAL	☐	☐ CONSTRUCCIÓN	☐	☐ COMBUSTIBLES							
	☑ COMERCIAL	☐	☐ GAS NATURAL	☐	☐ SERVICIOS IPS							
	☐ FARMACÉUTICOS	☐	☐ SERV.INDUSTRIALES	☐	☐ TRANSPORTE	OTROS SERVICIOS: _____						
OPERACIONES INTERNACIONALES	Posee productos financieros en el exterior		SI		NO ☒	Posee cuentas en moneda extranjera		SI		NO ☒		
TIPO DE EMPRESA	PUBLICA		PRIVADA	✓	MIXTA		OTRA		CUAL			
	CUAL											
CONCEPTO DE LA FUENTE PRINCIPAL DE LOS INGRESOS	comercializacion de productos farmaceuticos uniformes y de tocador											
CONCEPTO DE OTROS INGRESOS	del ejercicio											
CONDICIONES DE PAGO	contado		30 días	✓	60 días		OTRO - CUAL ? :					
DESCRIPCION DEL PRODUCTO	insumos medicos equipos de todo el ejercicio de salud											

PEPS

¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?	SI ☐	NO ☑		
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?	SI ☐	NO ☑	INDIQUE	
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES?	SI ☐	NO ☑	INDIQUE	

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO E INFORMACION

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que la Compañía posee provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.)
2. Tanto mi actividad o la actividad de la compañía a la cual represento, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o de los países no cooperantes en la lucha contra el LA/FT.
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente o cuando sea solicitada por el Hospital San Juan de Dios
4. Autorizo al Hsopital San Juan de Dios, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, 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 formato y la búsqueda en listas restricitvas. .
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas

6. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo al Hospital San Juan de Dios, el uso de los datos aquí consignados, de acuerdo al política de datos del Hospital San Juan de Dios de Santa fe de Antioquia

9. FIRMA Y HUELLA

María Judith Cano Goez



HUELLA

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

	DÍA MES AÑO	
Fecha de Verificación		Hora
Nombre y Cargo de quien verifica		
Firma		
Resultado de la Verificación		