ESE Hospital San Juan de Dios
Santa Fe de Antioquia

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

1. INFORMACIÓN GENERAL

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	15/01/2026	C

2. PERSONA NATURAL

NOMBRE							
DIRECCIÓN							
DEPARTAMENTO				CIUDAD			
CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO:					CELULAR		
FECHA DE EXPEDICIÓN:	Dia	Mes	Año	LUGAR DE EXPEDICIÓN			
NACIONALIDAD				OCUPACION/OFICIO			

3. PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL	Netamente sas						
DIRECCIÓN	calle 20a 77 15 int 406						
DEPARTAMENTO	Antioquia			CIUDAD	Medellin		
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL:Jonny Martinez Hoyos							
FECHA DE NACIMIENTO:	**6**	**5**	**1986**	FECHA DE EXPEDICIÓN	**11**	**5**	**2004**
LUGAR DE NACIMIENTO:Medellin							
CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO netamentesas@gmail.com							

OPERACIONES INTERNACIONALES	Posee productos financieros en el exterior			SI		Cual		
				NO	x	Posee cuentas en mo		
TIPO DE EMPRESA	PUBLICA		PRIVADA	x	MIXTA		OTRA	
CONCEPTO DE LA FUENTE PRINCIPAL DE LOS INGRESOS						desarrollo y venta de software		
CONCEPTO DE OTROS INGRESOS								
CONDICIONES DE PAGO	contado		30 días	x		60 días		OTRO - C
DESCRIPCION DEL PRODUCTO								

4. PEPS

POR SU CARGO U OFICIO MANEJA RECURSOS PUBLICOS

¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?

¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?

¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES?

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA A CENTRALES DE

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 Colombiano o de los países no cooperantes en la lucha contra el LA/FT/PFADM.
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 solicitac
4. Autorizo al Hsopital San Juan de Dios, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una re 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 PERSONALE
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 A

7. FIRMA Y HUELLA


8. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN				
	DÍA	MES	AÑO	
Fecha de Verificación				Hora
Nombre y Cargo de quien verifica				
Firma				
Resultado de la Verificación				

	CÓDIGO: PD-PD-FT-13
	VERSIÓN: 02
	FECHA: DICIEMBRE 2024
	PÁGINA: 1 DE 1

CIUDAD	Medellín			
	TIPO DE IDENTIFICACIÓN			
	CC. T.I. CE. PA TE			
No. IDENTIFICACIÓN				
FECHA DE NACIMIENTO	DIA	MES	AÑO	
PROFESIÓN				
NIT	901015711			
TELEFONO	5386808			
CELULAR	3024260122			
No. IDENTIFICACIÓN	1037571841			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN				
CC. T.I C.E PA				
x				
TEL 3024260122				
neda extranjera	SI		NO	
CUAL				
CUAL **? :**				

SI		**NO**	x	
SI		**NO**	x	
SI		**NO**	x	INDIQUE
SI		**NO**	x	INDIQUE

E RIESGO E INFORMACION

poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal

da por el Hospital San Juan de Dios
elación comercial vigente o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o

ES
ntioquia



HUELLA