ESE Hospital San Juan de Dios Santa Fe de Antioquia	FORMATO DE DECLARACIÓN DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO	CÓDIGO: PD-PD-FT-17
		VERSIÓN: 01
		FECHA: OCTUBRE 2023
		PÁGINA 1 DE 2

Omaira Gonzalez Marin identificado con Cédula de Ciudadanía No. 43909635 de Bello obrando en nombre propio y/o en REPRESENTACIÓN de La empresa Comercializadora Mediflash NIT No. 901.651.245-9, en mi calidad de: EMPLEADO ( ) PROVEEDOR (X) CONTRATISTA ( ) MIEMBRO JUNTA DIRECTIVA ( ).

En cumplimiento de la política de prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo adoptado por **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA.**

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

1. Que mis recursos o los recursos de la persona natural o jurídica que represento provienen de actividades LÍCITAS y están ligados al desarrollo normal de mis o sus actividades, y que, por lo tanto, estos no provienen de ninguna actividad ilícita o delictivas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adiciones o modifique.
2. Que yo o la persona natural o jurídica que represento no he/ha efectuado transacciones u operaciones consistentes en o destinadas a la ejecución de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adiciones o modifique, o a favor de personas que ejecuten o estén relacionadas con la ejecución de dichas actividades.
3. Que los recursos que se van a utilizar para la ejecución de la relación contractual o negocio jurídico a celebrar con el **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA** no provienen de ninguna actividad ilícita contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adiciones o modifique.
4. Que en la ejecución de la relación contractual o en el desarrollo de las actividades contratadas por **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA** no contrataré, ni tendré vínculos de ningún tipo con terceros que realicen operaciones o cuyos recursos provengan de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adiciones o modifique.
5. Que la entidad que represento cumple con las normas que regulan la prevención y control al lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT) que se deriva de dichas disposiciones legales.
6. Que ni yo, ni la entidad que represento, ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tenga participación o aporte dentro de la entidad, sus representantes y miembros de Junta Directiva; se encuentran en las listas internacionales vinculantes para Colombia de conformidad con el Derecho Internacional, tales como Naciones Unidas y OFAC. Por lo anterior, **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA,** está facultado para hacer las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminado en cualquier momento cualquier relación contractual o jurídica, al comprobar que hago parte o alguna de las personas que hacen parte de la entidad que represento dentro de las mencionadas listas.
7. Que ni yo, ni la entidad que represento, ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tengan participación o aporte dentro de la entidad, sus representantes y miembros de Junta Directiva; se encuentran inmersos en investigaciones o procesos penales dolosos relacionados al LA/FT y/o delitos conexos establecidos en el artículo 323 del Código Penal Colombiano. Por lo anterior, está facultado **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA,** para hacer las verificaciones que considere

Scanned with CamScanner

pertinentes en base de datos de información pública nacionales o internacionales y podrá dar por terminada cualquier relación contractual o jurídica si se verifica que yo o alguna de las personas mencionadas tienen investigaciones o procesos, o existe información en dichas bases de datos que puedan generar un Riesgo Legal o Reputacional para **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA.**

8. Que en el evento de tener conocimiento de las circunstancias descritas en los numerales (6 y 7) del presente documento, me comprometo a comunicarlo de inmediato al **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA.**
9. Que con la firma del presente documento, se entiende que tanto yo como la persona natural o jurídica que represento, otorgamos nuestro consentimiento informado de manera libre y voluntaria, y por lo tanto, autorizamos al **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA** a comunicar a las autoridades nacionales o internacionales competentes y efectúe los reportes ante las autoridades, que considere procedentes de conformidad con sus reglamentos y el Manual del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), exonerándola de algún tipo de vinculación con estos casos descritos anteriormente.
10. Que toda la documentación e información aportada o suministrada para la celebración y ejecución del contrato o negocio jurídico con **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA,** es veraz y exacta, y por lo tanto, el **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA** está facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinente y para dar por terminado el contrato o negocio jurídico, en caso de verificar la inexactitud de dicha documentación o información.
11. Que ninguna otra persona natural o jurídica tiene interés no legítimo en el contrato o negocio jurídico que motiva la suscripción de la presente declaración.
12. Que conozco, declaro y acepto que **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA,** está en obligación legal de solicitar las aclaraciones que estime pertinentes en el evento en que se presenten circunstancias con base en las cuales el **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA,** pueda tener dudas razonables sobre mi operación u operaciones de la persona natural o jurídica que represento, así como el origen de nuestros activos, evento en el cual, suministraremos información según sea el caso. Si estas no son satisfactorias a juicio del **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA,** queda autorizada para terminar cualquier relación contractual establecida con esta y hacer los reportes ante las autoridades que considere competentes.
13. Declaro que la totalidad de pagos que realizo o realiza la sociedad que represento en la ejecución de la relación contractual con el **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA,** se efectúa de manera directa y con recursos propios y no a través de terceros, ni con recursos de terceros.
14. Autorizo a la **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA,** el permiso para realizar el proceso de debida diligencia y búsqueda en listas restrictivas.

Firma: Omaira G M

Nombre completo: Omaira Gonzalez M.

Tipo de Identificación: CC

Número de Identificación: 43.909.635



HUELLA

Scanned with CamScanner