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	14	01	2026			
INFORMACIÓN GENERAL							
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Comercializadora Mediflash SAS				DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. T.I. C.E. X		
DIRECCIÓN	Cr 78A #34A-06				No. 901.651.245-9 (Incluir digito de verificación)		
DEPARTAMENTO	Antioquia	CIUDAD	Medellin				
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	Omaira Gonzalez Marin				No. IDENTIFICACIÓN	43909635	
CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	comercializadora mediflash@gmail.com				TELEFONO	3234665067	
INFORMACIÓN GENERAL							
ACTIVIDAD ECONÓMICA	☐ INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☒ FARMACÉUTICOS	☐ CONSTRUCCIÓN ☐ GAS NATURAL ☐ SERV.INDUSTRIALES	☐ COMBUSTIBLES ☐ SERVICIOS IPS ☐ TRANSPORTE	OTROS SERVICIOS			
OPERACIONES INTERNACIONALES	Posee productos financieros en el exterior	SI	X NO	Posee cuentas en moneda extranjera	SI	NO	
TIPO DE EMPRESA	PUBLICA	PRIVADA	X	MIXTA		OTRA	CUAL
CONCEPTO DE LA FUENTE PRINCIPAL DE LOS INGRESOS	Distribucion medicamentos						
CONCEPTO DE OTROS INGRESOS	Descuentos por pronto pago						
CONDICIONES DE PAGO	contado	30 días	X	60 días	OTRO - CUAL ? :		
DESCRIPCION DEL PRODUCTO	Medicamentos						

PEPS

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

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

Declaro expresamente que:

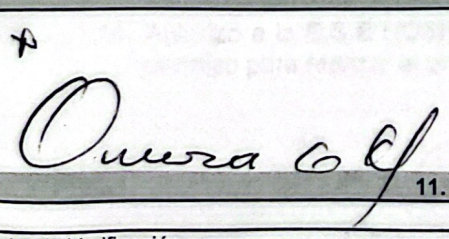
1. Los recursos que la Compañía posee provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.)
2. Tanto mi actividad o la actividad de la compañía a la cual represento, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen 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

X





HUELLA

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

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

Scanned with CamScanner