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								
INFORMACIÓN GENERAL									
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	GIRBAU COLOMBIA SAS					DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC TI CE NIT X			
DIRECCIÓN	CLL 24A N 44A 92					No. (Incluir dígito de verificación)			
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA	CIUDAD	BOGOTA						
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL YANNET LUZ RODRIGUEZ BERNAL						No. IDENTIFICACIÓN	901349186-9		
CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO COLOMBIA@URGLOBAL.COM						TELEFONO	3187124468		
INFORMACIÓN GENERAL									
ACTIVIDAD ECONÓMICA	INDUSTRIAL, COMERCIAL, FARMACÉUTICOS	CONSTRUCCIÓN, GAS NATURAL, SERV. INDUSTRIALES	TRANSPORTE	COMBUSTIBLES, SERVICIOS IPS, OTROS SERVICIOS					
OPERACIONES INTERNACIONALES	Posee productos financieros en el exterior	SI	NO X	Posee cuentas en moneda extranjera		SI	NO X		
TIPO DE EMPRESA	PUBLICA CUAL		PRIVADA	X	MIXTA		OTRA		CUAL
CONCEPTO DE LA FUENTE PRINCIPAL DE LOS INGRESOS					PROPIOS DE LA ACTIVIDAD				
CONCEPTO DE OTROS INGRESOS					DIFERENCIA EN CAMBIO, IMPUESTO DIFERIDO, INGRESOS POR EJERCICIOS ANTERIORES				
CONDICIONES DE PAGO	contado		30 dias		60 dias		OTRO - CUAL ? :	SEGUN CONTRATO	
DESCRIPCION DEL PRODUCTO	EQUIPOS PARA LAVANDERIA INDUSTRIAL								

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 Compañia posee provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.)
2. Tanto mi actividad o la actividad de la compañia a la cual represento, profesión u oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilcitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o de los paises 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 aqui consignados, de acuerdo al politica de datos del Hospital San Juan de Dios de Santa fe de Antioquia

9. FIRMA Y HUELLA



HUELLA

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

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