

**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		16	01	2026
INFORMACIÓN GENERAL						
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		SYMEB S.A.S			DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
DIRECCIÓN		CRA 65 N° 49B - 21 OFC 205 CENTRO COMERCIAL LOS SAUCES			C.C. T.I. C.E. NIT 900028721-9	
DEPARTAMENTO		ANTIOQUIA		CIUDAD	MEDELLIN	
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL		MARY LUZ URREGO LONDOÑO			No. IDENTIFICACIÓN	
CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO		mary.urrego@symeb.com.co			TELEFONO	
					3137548958	
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	X NO	Posee cuentas en moneda extranjera
TIPO DE EMPRESA		PUBLICA	PRIVADA	MIXTA	OTRA	CUAL
CONCEPTO DE LA FUENTE PRINCIPAL DE LOS INGRESOS		Venta de Medicamento e Insumos Medicos				
CONCEPTO DE OTROS INGRESOS		Renta de propiedad Raiz				
CONDICIONES DE PAGO		contado	30 días	X	60 días	OTRO - CUAL ? :
DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO		Se factura a 30 días y al mes siguiente el Hospital realiza el pago de las facturas vencidas				
PEPS						
¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?		SI		NO	X	INDIQUE
¿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 Hospital 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 restrictivas. . 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						
					HUELLA	
11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN						
Fecha de Verificación		DÍA		MES	AÑO	
Nombre y Cargo de quien verifica						Hora
Firma						
Resultado de la Verificación						