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	30	01	2026

INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	JAMAL MEDICAL SAS			DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. T.I. C.E. NIT X	
DIRECCIÓN	CRA 37A 6 57			No. 901520910-7 (Incluir dígito de verificación)	
DEPARTAMENTO	VALLE DEL CAUA	CIUDAD	CALI		
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	RAFAEL PEREZ			No. IDENTIFICACIÓN	13361627
CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	jamalmedicalsas@gmail.com			TELEFONO	

INFORMACIÓN GENERAL

ACTIVIDAD ECONÓMICA	☐ INDUSTRIAL	☐ CONSTRUCCIÓN	☐ COMBUSTIBLES								
	X COMERCIAL	☐ GAS NATURAL	☐ SERVICIOS IPS								
	☐ FARMACÉUTICOS	☐ SERV.INDUSTRIALES	☐ TRANSPORTE	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		PRIVADA	X	MIXTA		OTRA		CUAL		
	CUAL										
CONCEPTO DE LA FUENTE PRINCIPAL DE LOS INGRESOS	comercio al por menor de productos farmacéuticos y medicinales en establecimiento especializados										
CONCEPTO DE OTROS INGRESOS											
CONDICIONES DE PAGO	contado		30 días		60 días	X	OTRO - CUAL ? :				
DESCRIPCION DEL PRODUCTO											

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





HUELLA

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

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