ESE Hospital San Juan de Dios Santa Fe de Antioquia	FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	CÓDIGO: PD-PD-FT-13
		VERSIÓN: 02
		FECHA: DICIEMBRE 2024
		PÁGINA: 1 DE 1

1. INFORMACIÓN GENERAL

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	ENERO 26 DE 2026	CIUDAD	MEDELLIN

2. PERSONA NATURAL

NOMBRE										TIPO DE IDENTIFICACIÓN
DIRECCIÓN										CC. T.I. CE. PA TE
DEPARTAMENTO			CIUDAD							
CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO:				CELULAR			No. IDENTIFICACIÓN			
FECHA DE EXPEDICIÓN:			LUGAR DE EXPEDICIÓN				FECHA DE NACIMIENTO			
NACIONALIDAD			OCUPACION/OFICIO				PROFESIÓN			

3. PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL	PROVIGASA MEDICAL SAS						NIT	900269151-4
DIRECCIÓN	CARRERA 73 No. 31A 57						TELEFONO	N/A
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA		CIUDAD	MEDELLIN			CELULAR	3105459974
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: HERNANDO DE JESÚS ESCOBAR CASTRILLÓN							No. IDENTIFICACIÓN	8219808
FECHA DE NACIMIENTO:	9	12	1934	FECHA DE EXPEDICIÓN	18	12	1961	TIPO DE IDENTIFICACIÓN
LUGAR DE NACIMIENTO: FRONTINO ANTIOQUIA								CC. T.I C.E PA X
CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO: provigasamedical@gmail.com								TEL: 3105459974

OPERACIONES INTERNACIONALES	Posee productos financieros en el exterior	SI	X	Cual		IMPORTACIONES			
		NO		Posee cuentas en moneda extranjera		SI		NO	X
TIPO DE EMPRESA	PUBLICA		PRIVADA	X	MIXTA		OTRA		CUAL
CONCEPTO DE LA FUENTE PRINCIPAL DE LOS INGRESOS					COMERCIALIZACION DE INSUMOS MEDICOS				
CONCEPTO DE OTROS INGRESOS									
CONDICIONES DE PAGO	contado		30 días	5%	60 días	3%	OTRO - CUAL ? :		
DESCRIPCION DEL PRODUCTO	GASAS Y COMPRESAS QUIRURGICAS								

4. PEPS

POR SU CARGO U OFICIO MANEJA RECURSOS PUBLICOS	SI		NO	X	
¿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:

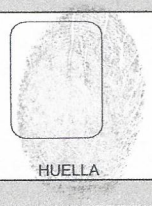
1. Los recursos que la Compañía posee provienen de las siguientes fuentes: Comercialización de insumos médicos
2. Tanto mi actividad o la actividad de la compañía a la cual represento, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o de los países no cooperantes en la lucha contra el LA/FT/PFADM.
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

7. FIRMA Y HUELLA





HUELLA

8. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

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