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	09	02	2026

INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	MACROMEDICOS SAS			DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. T.I. C.E. NIT	
DIRECCIÓN	Cl. 49AA #77C-35			No. 900294227-0 (Incluir dígito de verificación)	
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA	CIUDAD	MEDELLIN		
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	MANUEL JAVIER ARROYAVE LOPERA			No. IDENTIFICACIÓN	1038101289
CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	GERENCIA@MACROMEDICOS.COM			TELEFONO	3233671528

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	NO X	Posee cuentas en moneda extranjera		SI	X NO			
TIPO DE EMPRESA	PUBLICA		PRIVADA	X	MIXTA		OTRA		CUAL		
	CUAL										

CONCEPTO DE LA FUENTE PRINCIPAL DE LOS INGRESOS	La comercialización de material médico quirúrgico, reactivos, equipos e insumos hospitalarios
CONCEPTO DE OTROS INGRESOS	

CONDICIONES DE PAGO	contado		30 días	X	60 días		OTRO - CUAL **? :**	
DESCRIPCION DEL PRODUCTO	Material odontológico, médico quirúrgico, reactivos, equipos e insumos hospitalarios							

PEPS

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