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	10	2	2026

INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Operador Farmaceutico y dispositivos			DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. T.I. C.E. NIT	X
DIRECCIÓN	CR 43F 14-53			No. (Incluir digito de verificación)	900135828
DEPARTAMENTO	Antioquia	CIUDAD	Medellin		
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	Lina Mercedes Maya Zapata			No. IDENTIFICACIÓN	43976630
CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	contacto@ofydsa.com			TELEFONO	444 4303 ext 144

INFORMACION GENERAL

ACTIVIDAD ECONÓMICA	☐ INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ FARMACÉUTICOS	☐ CONSTRUCCIÓN ☐ GAS NATURAL ☐ SERV.INDUSTRIALES	☐ COMBUSTIBLES ☐ SERVICIOS IPS ☐ 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	Compra y venta de medicamentos										
CONCEPTO DE OTROS INGRESOS											
CONDICIONES DE PAGO	contado		30 días		60 días		OTRO - CUAL ? :				
DESCRIPCION DEL PRODUCTO											

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

Lina Mercedes Maya Z



HUELLA

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

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