| E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA | | |
|---|---|---|
| **CÓDIGO: C-F-10** | **FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y/O CONTRAPARTE (Sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/PADM)** | HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja |
| **Versión: 05** | | **Fecha: 26/08/2024** |

**Fecha. 19/03/2026** **Ciudad Tunja** **Departamento Boyacá**

La información reportada es confidencial y dará cumplimiento la Circular Externa 009 de 2016 y 202117000000055 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud y sus modificatorios. Diligenciar todos los campos sin enmiendas ni tachaduras.

**CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROVEEDOR | X | EMPLEADO | | CONTRATISTA OPS | |
| SERVIDOR PUBLICO | | TERCERIZADOS | | TEMPORAL | |
| JUNTA DIRECTIVA | | OTRO | | CUAL _____ | |

## 1. PERSONA NATURAL
**(El Rep. Legal deberá diligenciar ítem de persona natural)**

NACIONAL [ ] EXTRANJERA [ ] PUBLICA [ ] PRIVADA [X] MIXTA [ ]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: CLAUDIA PATRICIA NIÑO RODRIGUEZ

| TIPO DE IDENTIFICACION | C.C. | C.E. | T. I | FECHA DE EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| | X | | | 30/07/1993 |

NUMERO DE IDENTIFICACION: 40.038.262 LUGAR DE EXPEDIDA: TUNJA

FECHA DE NACIMIENTO: 10/10/1974 LUGAR DE NACIMIENTO: TUNJA

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CRA 1G 47-61 BARRIO LAS QUINTAS NUMERO DE TELEFONO: 3112336727

NUMERO DE CELULAR: 3112336727 E-MAIL: gerencia@tempolab.co

**DETALLE DE LA ACTIVIDAD**

ASALARIADO [X] INDEPENDIENTE [ ] ESTUDIANTE [ ] SOCIO [ ] PENSIONADO [ ]

ACTIVIDAD "CIIU" **7820** ***Opcional**

| OCUPACIÓN / PROFESIÓN | NOMBRE DE LA EMPRESA | CARGO QUE DESEMPEÑA |
|---|---|---|
| TERAPEUTA RESPIRATORIA | TEMPOLAB SAS | GERENTE |
| | | |

| DIRECCIÓN EMPRESA | CIUDAD | NUMERO TELEFONO | E-MAIL |
|---|---|---|---|
| CRA 1G 47-61 | TUNJA | 3112336727 | gerencia@tempolab.co |

## 2. PERSONA JURIDICA
**(El Rep. Legal deberá diligenciar ítem de persona natural)**

RAZON SOCIAL: TEMPOLAB SAS NIT: **901.195.663-8**

| DIRECCIÓN OFICINA PRINICPAL | CIUDAD | NUEMERO TELÉFONO | **FAX** |
|---|---|---|---|
| CALLE 42#8ª-80 APTO 802 | BOGOTA D.C | 3052922257 | |

| DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA | CIUDAD | NUMERO TELÉFONO | **FAX** |
|---|---|---|---|
| CRA 1G 47-61 BARRIO LAS QUINTAS | TUNJA | 3052922257 | |

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

| E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA | | |
|---|---|---|
| **CÓDIGO: C-F-10** | **FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y/O CONTRAPARTE** | HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja |
| **Versión: 05** | **(Sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/PADM)** | **Fecha: 26/08/2024** |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE EMPRESA | PUBLICA | | PRIVADA | X | MIXTA | | EXTRANJERA | |
| OTRA. CUAL? | | | CÓDIGO ACTIVIDAD "CIIU" | **7820** | | | | |

**3. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO ANEXAR RELACIÓN DE CONFORMIDAD AL PRESENTE CUADRO**

*** Se debe diligenciar por la persona jurídica caso aplique.**

| RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO | TIPO DE IDENTIFICACION | | | | | | | NUMERO DE IDENTIFICACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CLAUDIA PATRICIA NIÑO RODRIGUEZ | C.C. | X | C.E. | | T.I. | | NIT | 40038262 |
| VIVIAN ALEXANDRA FONSECA | C.C. | X | C.E. | | T.I. | | NIT | 1018506321 |
| | C.C. | | C.E. | | T.I. | | NIT | |
| | C.C. | | C.E. | | T.I. | | NIT | |
| | C.C. | | C.E. | | T.I. | | NIT | |

**4. INFORMACIÓN FINANCIERA**

*** Campo Obligatorio**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOTAL, ACTIVOS | $ 3.293.214.160 | TOTAL, PASIVOS | $ 1.798.128.217 |
| INGRESOS MENSUALES | $ 2.114.312.928 | OTROS INGRESOS | $ 333.620.965 |
| EGRESOS MENSUALES | $ 2.096.448.467 | OTROS EGRESOS | $ |
| CONCEPTO DE LOS INGRESOS | CONTRATACIÓN PERSONAL EN MISIÓN | | |

**5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

*** Campo Obligatorio**

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI [ ] NO [X]

**TIPO DE TRANSACCIÓN:** IMPORTACIÓN [ ] EXPORTACIÓN [ ] INVERSIONES [ ] PRÉSTAMOS [ ] TRANSFERENCIAS [ ]

| TIPO DE PRODUCTO | IDENTIFICACIÓN | ENTIDAD | MONTO | CIUDAD | PAIS | MONEDA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**6. PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP)**

*** Campo Obligatorio**

| | | |
|---|---|---|
| ¿POR SU CARGO MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? | **SI** [ ] | **NO** [X] |
| ¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO GENERAL? | **SI** [ ] | **NO** [X] |
| ¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA? | **SI** [ ] | **NO** [X] |
| ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS O GRUPO DE PAISES? | **SI** [ ] | **NO** [X] |

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? **SI** [ ] **NO** [X]

**SI SU RESPUESTA ES SÍ EN ALGUNA PREGUNTA, FAVOR EXPLIQUE LA RAZÓN:**

## 7. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CENTRALES DE RIESGO*

*** Campo Obligatorio**

**DECLARO EXPRESAMENTE QUE:**

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc): CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS CON EMPRESAS PUBLICAS Y PRIVADAS PARA EL SUMINISTRO DE TRABAJADORES

2.Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del Marco Legal y los recursos que poseo no provienen de actividades Ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano

3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.

4. De manera irrevocable autorizo a la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, consultar en base de datos la información contenida en este formulario.

5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas.

## 8. INFORMACIÓN BANCARIA

*** Campo Obligatorio**

| ENTIDAD | SUCURSAL Y/O TELEFONO | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|
| DAVIVIENDA | UNICENTRO | AHORROS | 176300040456 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 9. FIRMA Y HUELLA

**COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA y VERAZ EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL SIGUIENTE DOCUMENTO:**

**TEMPOLAB SAS Y FIRMA REPRESENTANTE LEGAL DEL CLIENTE /CONTRAPARTE**
**C.C. No 40.038.262**



**HUELLA INDICE DERECHO**

**NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA**
**C.C. No**

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD