

Fecha de Diligenciamiento: 18/03/26 Ciudad: B/gota Tipo de solicitud: Nuevo ☒ Renovación ☐ Actualización ☐
Clase de vinculación con la UZE: Trabajador ☒ Proveedor servicios de salud ☐ Proveedor de suministros ☐

1. PERSONA NATURAL
Apellidos: Araque Libreros Nombres: Jonathan I. David
CC: ☒ CE ☐ TI ☐ RC ☐ Otro ☐ No ☐ 129581853 Fecha de nacimiento: 11/10/83
Lugar de nacimiento: B/gota Nacionalidad: Colombiano Ocupación/Oficio: Médico
Profesión: Teléfono: 306351853 Celular: 3170056688
Dirección Residencia: Av. Com. 14 #58-29 Municipio: Guadalupe
Ingresos Mensuales: 12.000.000 Egresos Mensuales: 10.000.000
Activos (pesos): 140.000.000 Pasivos (pesos): 100.000.000
Patrimonio (pesos): Otros ingresos (pesos): 0
Concepto Otros Ingresos: 0

2. PERSONA JURÍDICA
Nombre o Razón Social: NIT: DV:
Tipo de Empresa: Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Sector de la Economía: CIU:
Tipo de contribuyente: Régimen simplificado ☐ Régimen Común ☐ Grandes Contribuyentes ☐ Otras entidades ☐
Fecha de constitución en Cámara de Comercio: Correo electrónico empresarial:
Oficina Principal: Dirección: Municipio: Teléfono:
Sucursal/agencia: Dirección: Municipio: Teléfono:
Representante Legal: CC: ☐ CE ☐ TI ☐ RC ☐ Otro ☐ No ☐ Fecha de nacimiento:

Identificación de asociados o accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporta o participación (si requiere más espacio anexo relación)

ID	Número ID	NOMBRES Y APELLIDOS	¿por su actividad o cargo administra recursos?	¿por su actividad o cargo ejerce algún grado de	¿por su actividad o cargo goza de reconocimiento	¿este diligenció a declaración en otro país(es)? Cuáles
			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	

Ingresos Mensuales: Egresos Mensuales:
Activos (pesos): Pasivos (pesos):
Patrimonio (pesos): Otros ingresos (pesos):
Concepto Otros Ingresos:

3. PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS - PEP

¿Por su cargo maneja recursos públicos? SI ☐ NO ☒
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI ☐ NO ☒
¿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 ☒
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? SI ☐ NO ☒

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:
1. 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 de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla oportunamente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):
Origen: Por conceptos de honorarios por prestación de servicios en medicina interna

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI ☐ NO ☒ Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Transferencias ☐ Otra ☐

Indique otras operaciones

¿Posee productos financieros en el exterior? SI ☐ NO ☒ ¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI ☐ NO ☒

Tipo de producto	Identificación del producto	Número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

6. DECLARACIÓN NO ENCONTRARSE EN LISTAS NACIONALES O INTERNACIONALES PARA EL CONTROL LAFT

Con el diligenciamiento de este formato declaro que no me encuentro en ninguna lista restringida de las establecidas a nivel nacional o internacional en lo referente al lavado de activos o financiación del terrorismo; así mismo declaro que mis empleados, accionistas, miembros de la junta directiva o junta de socios, representantes legales y asesor fiscal (en caso de tenerlo), tampoco se encuentran reportado en ellas y así mismo genero el compromiso de actualizar la información cuando hubieran casos y reportarlos a su organización.

7. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Con la autorización de este documento autorizo a la E.S.E HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA a:

1. Recibir mi información personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia como la UIAF o la Fiscalía General de la Nación.
2. Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiación del terrorismo.

Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones mi cargo, objeto de esta declaratoria no provienen ni provendrán de actividades ilícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testarferato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la república, la moral o las buenas costumbres. Igualmente se genera un compromiso con la E.S.E HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA para implementar las acciones conducentes a evitar ser utilizados sin conocimiento o con consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades, por lo que se genera autorización para realizar las respectivas revisiones necesarias en las diferentes bases de datos.

Como parte de las Políticas SARLAFT LA E.S.E HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA, podrá terminar de manera unilateral e inmediata los contratos que tenga con su entidad cuando el cliente, sus socios o sus accionistas y/o sus administradores llegaren a ser:

1. Vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y financiación del terrorismo, lavado de activos, testarferato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional.
 2. Sea incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administrados por cualquier autoridad nacional o extranjera.
 3. Sea condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de delitos de igual o similar naturaleza a los indicados en esta cláusula.
- Quien suscribe este documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño a la E.S.E HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra la E.S.E HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA por parte del suscriptor de las obligaciones que le apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como cualquier reclamo judicial, extrajudicial y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra de la E.S.E HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA por o en ocasión de dicho incumplimiento. De igual manera el Cliente se compromete a dar las explicaciones a que hubiere lugar originadas por el mencionado incumplimiento a la E.S.E HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA y a los terceros que este le indique.

8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Fotocopia de documento de identidad de la persona natural o persona jurídica
2. Fotocopia del documento de identidad del representante legal
3. Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas jurídicas

9. FIRMA Y UUELLA

Con el presente de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todos sus puntos y firmo el presente documento:



Huella

[Firma manuscrita]

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

10. INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA ENTIDAD

Recopilación y verificación de información

Verifico en las siguientes listas

- ☐ La cédula coincide con el nombre suministrado
- ☐ Se confirman los datos registrados en el formato
- ☐ Lista emitida por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas: ONU
- ☐ Lista SDN personas y empresas sancionadas por el Gobierno de EEUU
- ☐ Lista de los más buscados por Interpol
- ☐ Lista Antecedentes Judiciales Policía
- ☐ Lista FBI
- ☐ Otras

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar al Oficial de Cumplimiento

ENCARGADO DE RECOPIAR LA INFORMACIÓN

NOMBRE _____
ID Y NÚMERO _____
CARGO _____
EXTENSIÓN _____
FECHA _____ HORA _____

ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN

NOMBRE _____
ID Y NÚMERO _____
CARGO _____
EXTENSIÓN _____
FECHA _____ HORA _____