



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

CODIGO:MIS-FR-059

PROCESO MISIONAL

VERSIÓN:01

FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE - SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO CE 009 DE 2016

FECHA: 24/11/2020

Vinculación ☐Actualización de datos ☐

TIPO DE CLIENTE :

PERSONA JURIDICA ☐PERSONA NATURAL ☐PROVEEDOR ☐CONTRATISTA ☐EMPLEADO ☐

I. INFORMACION GENERAL

1. PERSONA NATURAL

NOMBRES				APELLIDOS				
IDENTIFICACION	TIPO	C.C.	C.E.	T.I.	FECHA DE EXPEDICION	DIA	MES	AÑO
NUMERO	LUGAR DE EXPEDICION			DEPARTAMENTO			CIUDAD	
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO			DIA	MES	AÑO		
DIRECCION DE RESIDENCIA			DEPARTAMENTO		CIUDAD		TELEFONO MOVIL	TELEFONO FIJO
ACTIVIDAD:				E-mail:				
EMPLEADO ☐	INDEPENDIENTE ☐	ESTUDIANTE ☐	SOCIO: ☐			PENSIONADO ☐		
CÓDIGO ACTIVIDAD "CIU"								
Ocupación/Profesión				Nombre de la empresa donde trabaja				Cargo que desempeña
Dirección Empresa				Ciudad		teléfono		E-mail:

2. PERSONA JURIDICA

PAGINA WEB	TELEFONO	3118377142	SUJETO RETENCIÓN	SI ☒	NO ☐											
TIPO DE EMPRESA	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	MIXTA ☐	ESAL ☐	COOPERATIVA ☐	UNION TEMPORAL ☐	OTRO ☐	¿Cuál?	CÓDIGO CIU	8299						
DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD											Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas.					
AUTORETENEDOR:	SI ☐	NO ☒	RÉGIMEN DE IVA:	COMÚN ☒	SIMPLIFICADO ☐	EXCLUIDO ☐	GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐	NO ☒	CETIFICADO ISO	SI ☐	NO ☒				
Nombre de la persona para contacto directo		Yimis Francisco Ruiz			Cargo:		RL-		Teléfono:		3118377142		E-mail:		edfonsaazama@gmail.com	

DATOS PERSONALES DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

NOMINACIÓN	Principal ☒	Suplente ☐																							
NOMBRE Y APELLIDOS			Yimis Francisco Ruiz Arias																						
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	C.C. ☒	T.I. ☐	C.E. ☐	PASAPORTE ☐	No. IDENTIFICACION	96.185.895		LUGAR DE EXPEDICION	Saraquena		FECHA DE EXPEDICION	DD 31 MM 10 AA 18													
Dirección:		Calle Isa 26-33			Ciudad:		Arauca		Teléfono:		3118377142		Celular:												
Es Usted una persona o familiar de una persona reconocida:														Públicamente ☐		Políticamente ☐		Ninguna ☒		¿Maneja Usted recursos públicos?		SI ☒		NO ☐	

II. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE POSEAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN

NOMBRE/ RAZÓN SOCIAL	Yimis Francisco Ruiz	TIPO y No. IDENTIFICACIÓN	96.185.895	CAPITAL SOCIAL O PARTICIPACIÓN	100%
NOMBRE/ RAZÓN SOCIAL		TIPO y No. IDENTIFICACIÓN		CAPITAL SOCIAL O PARTICIPACIÓN	
NOMBRE/ RAZÓN SOCIAL		TIPO y No. IDENTIFICACIÓN		CAPITAL SOCIAL O PARTICIPACIÓN	

Nota: Si requiere incluir más información de socios y/o accionistas hágalo a través de un anexo con la información solicitada en el formato.

III. CLASE DE CONTRATO, CONVENIO O PRESTACIÓN DE SERVICIO

SUMINISTROS	Detalle:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	Detalle:
ARRIENDOS	Detalle:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES	Detalle:
CONSULTORIA	Detalle:
OTRO	Detalle:

IV. INFORMACIÓN FINANCIERA

TOTAL ACTIVOS	\$ 1.785.376.684,00	TOTAL PASIVOS	\$ 53.468.542,00
INGRESOS MENSUALES	\$ 148.781.390,00	EGRESOS MENSUALES	\$ 5.455.711,00
TOTAL PATRIMONIO	\$ 1.731.908.142,00	TOTAL OTROS INGRESOS	\$ 245.791.722,00

Descripción otros ingresos, ingresos no operacionales u originados en actividades diferentes a la principal

Utilidad.

Realiza operaciones en moneda extranjera

SI

NO ☒

En caso afirmativo, tipo de operaciones en moneda extranjera que normalmente realiza.

Productos financieros que posea en moneda extranjera especificando como mínimo: Tipo de producto, identificación del producto, entidad, monto, ciudad, país y moneda.



SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

CODIGO:MIS-FR-059

PROCESO MISIONAL

VERSIÓN:01

FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE - SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO CE 009 DE 2016

FECHA: 24/11/2020

V. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza operaciones en moneda extranjera

SI

☐

NO

☒

TIPO DE TRANSACION:

IMPORTACION

☐

EXPORTACION

☐

INVERSIONES

☐

PRESTAMOS

☐

TRANSFERENCIAS

☐

CUAL?

TIPO DE PRODUCTO

IDENTIFICACION

ENTIDAD

MONTO

CIUDAD

PAIS

MONEDA

VI. PERSONAS PEPs

¿Por su cargo maneja recursos Públicos?

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

☒

INDIQUE

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?

SI

☐

NO

☒

INDIQUE

¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?

SI

☐

NO

☒

VII. AUTORIZACIÓN DE PAGO

Bajo mi absoluta responsabilidad y actuando en representación de la sociedad, autorizo a la E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA a consignar en la Cuenta Bancaria detallada a continuación, las sumas adeudadas por concepto de venta de bienes y/o servicios.

Nombre del Banco

Banco Caja Social

Nombre de titular de la cuenta

Colombia y sus fronteras SAS Zomac.

Tipo de cuenta

Ahorros

☒

Corriente

☐

No. de Cuenta

24136673233

Correo electrónico para recibir información del pago en caso de efectuarse por transferencia bancaria

editions52zomac@gmail.com

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

AUTORIZACIONES Y DECLARACIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO

Declaro que todo lo aquí consignado es cierto y realizo la siguiente declaración de origen de fondos del HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA-E.S.E., con el propósito de que pueda dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Externa No. 000009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o cualquier otra que la modifique o adicione:

1. Declaro que los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. Así mismo provienen de las siguientes fuentes:

(Diligenciar)

2. Me comprometo a dar cumplimiento a las normas y regulaciones colombianas relacionadas con la prevención y control al lavado de activos y el financiamiento del terrorismo que le son aplicables.

3. Certifico que toda la documentación e información aportada para la celebración y ejecución del contrato o negocio jurídico con el HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA-E.S.E., es veraz, y exacta, y autorizamos al HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA-E.S.E., para que verifique y confirme la información acá suministrada incluyendo la efectiva aplicación del SISTEMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO al interior de nuestra entidad.

4. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas y cuentas de la empresa con fondos de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones a tales actividades de o a favor de personas relacionadas con las mismas.

5. Autorizo a terminar la relación contractual existente con el HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA-E.S.E., en el caso de infracción en cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo al HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA-E.S.E., de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere suministrado en este documento o de la violación del mismo.

6. Que ni yo, ni la entidad que represento, ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tengan el CINCO PORCIENTO (5%) o más del capital social, aporte o participación, sus representantes legales y miembros de junta directiva, se encuentran en las listas internacionales vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional (listas de Naciones Unidas o cualquier otra que aplique) o en la lista OFAC, (Oficina para el Control de Activos Extranjeros la cual pertenece al Departamento del Tesoro de EE.UU.), el HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA-E.S.E. queda facultada para efectuar las validaciones que considere necesarias y si verifica que yo o cualquiera de las personas mencionadas figura en dichas listas podrá dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica.

7. Declaro que cumpliré con la obligación de actualizar los datos contenidos en este formato al menos una vez al año, cuando se produzca algún cambio al mismo, o cuando expresamente me lo solicite el HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA-E.S.E.

AUTORIZACIÓN DE PREVENCIÓN Y ERRADICACIÓN DEL TRABAJO INFANTIL

Me comprometo a tener en cuenta los planes para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil, cumpliendo a cabalidad con las normas colombianas que le son aplicables.

Nuestra Razón Social, está comprometida con la defensa de la niñez, por lo tanto no utiliza mano de obra infantil que pueda contribuir a que los niños pierdan oportunidades educativas, así mismo tenemos conocimiento según las convenciones de la Organización Laboral Internacional respecto a las edades mínimas para la admisión en el empleo y lo establecido en la Ley 1098 de 2006 Código de Infancia y Adolescencia.

AUTORIZACIÓN Y REFRENDACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

Con la expedición de la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, se reglamentó el principio constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar todo tipo de información recogida o que haya sido objeto de tratamiento de datos personales en bancos o bases de datos y, en general en archivos de entidades públicas y/o privadas.

E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA como institución que almacena y captura datos personales, requiere obtener la autorización para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria y debidamente informada, permita recolectar, almacenar, usar, actualizar y disponer de los datos suministrados y que serán utilizados en el desarrollo de las funciones del proceso de selección y evaluación de Proveedores, realizada por nuestra empresa. Para mayor información consultar los canales de atención descritos en la Política de Protección de datos Personales de HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA, publicada en la página web <https://www.hospitalsanvicente.gov.co>

Autorizo de manera expresa, voluntaria e inequívoca a HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA, para que mantenga y actualice mis datos personales, así como los de la Razón Social que represento, para que sean tratados conforme a lo previsto en el presente documento.

La presente solicitud no compromete a la E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA a aceptar lo contenida en la misma. Esta solicitud se realiza ÚNICAMENTE para efectos de estudio de ingreso como contraparte, su aprobación y/o aceptación está sujeta al cumplimiento de las políticas establecidas por la Entidad.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento a los ____ días del mes de abril del año 2026 en la ciudad de Arauca.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL EMPLEADO

Nombre

Yimis Francisco Ruiz Arias

Número de identificación

96.185.895



HUELLA