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	12		06		2026						
INFORMACIÓN GENERAL												
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Centro Citodiagnostico Ginecologico de Antioquia						DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C T.I C.E NIT X					
DIRECCIÓN	Carrera 79. No. 49B-03						No. 811.001.875-4 (Incluir dígito de verificación)					
DEPARTAMENTO	Antioquia		CIUDAD	Medellin								
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	Elcy Ohaira Garcia Arismendy						No. IDENTIFICACIÓN	42840198				
CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	citodiagnosticoyp@gmail.com						TELEFONO	604.4639142				
INFORMACIÓN 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	Prestacion de servicios de salud											
CONCEPTO DE OTROS INGRESOS												
CONDICIONES DE PAGO	contado		30 días		60 días	X	OTRO - CUAL ? :					
DESCRIPCION DEL PRODUCTO	Prestacion de servicios de Laboratorio de patologia y citologia											

PEPS

¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PUBLICO 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 licita 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				