

**FORMATO DE FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE****CÓDIGO: PD-PD-FT-13****VERSIÓN: 01****FECHA: OCTUBRE 2023****PÁGINA: 1 DE 1**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

DÍA

30

06

2026

**INFORMACIÓN GENERAL**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

Adriana Judith Roncallo Ossa

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT ☐

DIRECCIÓN

Carrera 33 # 27 a 91 apto 2015

No.

(Incluir dígito de verificación) 43507565

DEPARTAMENTO

Antioquia

CIUDAD

Medellín

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

No. IDENTIFICACIÓN

CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO adrianaroncallo@gmail.com

TELÉFONO

3216414348

**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

Posee cuentas en moneda extranjera

SI

NO

☒

TIPO DE EMPRESA

PÚBLICA

PRIVADA

☒

MIXTA

OTRA

CUAL

CONCEPTO DE LA FUENTE PRINCIPAL DE LOS INGRESOS

Comercialización alimentación

CONCEPTO DE OTROS INGRESOS

No aplica

CONDICIONES DE PAGO

contado

30 días

60 días

☒

OTRO - CUAL ? :

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

Suministro Alimentación intrahospitalaria

**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 PAÍSES?

SI

☐

NO

☐

INDIQUE

**5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO E INFORMACIÓN**

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 LAVFT.
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 Hospital 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 restrictivas.
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

si.

**8. 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