

	FORMATO DE DECLARACIÓN DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO	CÓDIGO: PD-PD-FT-17
		VERSIÓN: 01
		FECHA: OCTUBRE 2023
		PÁGINA 1 DE 2

ISABEL CRISTINA AGUIRRE ZAPATA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 43.817.885 de Bello - Antioquia obrando en nombre propio y/o en REPRESENTACIÓN de La empresa _____ NIT No. _____, en mi calidad

de: EMPLEADO () PROVEEDOR () CONTRATISTA (☒) MIEMBRO JUNTA DIRECTIVA ().

En cumplimiento de la política de prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo adoptado por **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA**.

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

1. Que mis recursos o los recursos de la persona natural o jurídica que represento provienen de actividades LÍCITAS y están ligados al desarrollo normal de mis o sus actividades, y que, por lo tanto, estos no provienen de ninguna actividad ilícita o delictivas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adiciones o modifique.
2. Que yo o la persona natural o jurídica que represento no he/ha efectuado transacciones u operaciones consistentes en o destinadas a la ejecución de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adiciones o modifique, o a favor de personas que ejecuten o estén relacionadas con la ejecución de dichas actividades.
3. Que los recursos que se van a utilizar para la ejecución de la relación contractual o negocio jurídico a celebrar con el **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA** no provienen de ninguna actividad ilícita contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adiciones o modifique.
4. Que en la ejecución de la relación contractual o en el desarrollo de las actividades contratadas por **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA** no contrataré, ni tendré vínculos de ningún tipo con terceros que realicen operaciones o cuyos recursos provengan de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adiciones o modifique.
5. Que la entidad que represento cumple con las normas que regulan la prevención y control al lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT) que se deriva de dichas disposiciones legales.
6. Que ni yo, ni la entidad que represento, ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tenga participación o aporte dentro de la entidad, sus representantes y miembros de Junta Directiva; se encuentran en las listas internacionales vinculantes para Colombia de conformidad con el Derecho Internacional, tales como Naciones Unidas y OFAC. Por lo anterior, **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA**, está facultado para hacer las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminado en cualquier momento cualquier relación contractual o jurídica, al comprobar que hago parte o alguna de las personas que hacen parte de la entidad que represento dentro de las mencionadas listas.
7. Que ni yo, ni la entidad que represento, ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tengan participación o aporte dentro de la entidad, sus representantes y miembros de Junta Directiva; se encuentran inmersos en investigaciones o procesos penales dolosos relacionados al LA/FT y/o delitos conexos establecidos en el artículo 323 del Código Penal Colombiano. Por lo anterior, está facultado **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA**, para hacer las verificaciones que considere

pertinentes en base de datos de información pública nacionales o internacionales y podrá dar por terminada cualquier relación contractual o jurídica si se verifica que yo o alguna de las personas mencionadas tienen investigaciones o procesos, o existe información en dichas bases de datos que puedan generar un Riesgo Legal o Reputacional para **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA**.

8. Que en el evento de tener conocimiento de las circunstancias descritas en los numerales (6 y 7) del presente documento, me comprometo a comunicarlo de inmediato al **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA**.
9. Que con la firma del presente documento, se entiende que tanto yo como la persona natural o jurídica que represento, otorgamos nuestro consentimiento informado de manera libre y voluntaria, y por lo tanto, autorizamos al **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA** a comunicar a las autoridades nacionales o internacionales competentes y efectúe los reportes ante las autoridades, que considere procedentes de conformidad con sus reglamentos y el Manual del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), exonerándola de algún tipo de vinculación con estos casos descritos anteriormente.
10. Que toda la documentación e información aportada o suministrada para la celebración y ejecución del contrato o negocio jurídico con **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA**, es veraz y exacta, y por lo tanto, el **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA** está facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinente y para dar por terminado el contrato o negocio jurídico, en caso de verificar la inexactitud de dicha documentación o información.
11. Que ninguna otra persona natural o jurídica tiene interés no legítimo en el contrato o negocio jurídico que motiva la suscripción de la presente declaración.
12. Que conozco, declaro y acepto que **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA**, está en obligación legal de solicitar las aclaraciones que estime pertinentes en el evento en que se presenten circunstancias con base en las cuales el **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA**, pueda tener dudas razonables sobre mi operación u operaciones de la persona natural o jurídica que represento, así como el origen de nuestros activos, evento en el cual, suministraremos información según sea el caso. Si estas no son satisfactorias a juicio del **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA**, queda autorizada para terminar cualquier relación contractual establecida con esta y hacer los reportes ante las autoridades que considere competentes.
13. Declaro que la totalidad de pagos que realizo o realiza la sociedad que represento en la ejecución de la relación contractual con el **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA**, se efectúa de manera directa y con recursos propios y no a través de terceros, ni con recursos de terceros.
14. Autorizo a la **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA**, el permiso para realizar el proceso de debida diligencia y búsqueda en listas restrictivas.

Firma:



Nombre completo:

ISABEL CRISTINA AGUIRRE ZAPATA

Tipo de Identificación:

Cédula de ciudadanía

Número de Identificación: 43.817.885



HUELLA

**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

09

07

2026

INFORMACIÓN GENERALNOMBRE O RAZÓN SOCIAL **ISABEL CRISTINA AGUIRRE ZAPATA**

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ NIT

DIRECCIÓN

Finca La Miel- Piedras Blancas - Santa ElenaNo. **43.817.885**

DEPARTAMENTO

Antioquia

CIUDAD

Medellín

(Incluir dígito de verificación)

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

No. IDENTIFICACIÓN

CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO

isabelcaz75@gmail.com

TELÉFONO

3154931830**INFORMACIÓN GENERAL**

ACTIVIDAD ECONÓMICA

☐ INDUSTRIAL☐ CONSTRUCCIÓN☐ COMBUSTIBLES☐ COMERCIAL☐ GAS NATURAL☐ SERVICIOS IPS☐ FARMACÉUTICOS☐ SERV. INDUSTRIALES☐ TRANSPORTEOTROS SERVICIOS **Asesoría en pasivos pensionales**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

actividad como asesora en pasivos pensionales

CONCEPTO DE OTROS INGRESOS

CONDICIONES DE PAGO

contado

30 días

60 días

OTRO - CUAL ? :

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

PEPS

¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?

SI

NO

☒

INDIQUE

¿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:

- Los recursos que la Compañía posee provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.) **asesoría en pasivos pensionales**
- 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 LA/FT.
- 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
- 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.
- 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*Isabel C. Aguirre Zapata*

HUELLA

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

DÍA

MES

AÑO

Fecha de Verificación

Hora

Nombre y Cargo de quien verifica

Firma

Resultado de la Verificación

Fecha de Verificación	Hora
Nombre y Cargo de quien verifica	
Firma	
Resultado de la Verificación	