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 09	06	2026	
INFORMACIÓN GENERAL				
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Labotek colombia SAS		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC TI CE NIT	
DIRECCIÓN	CL 52 A N 123 - 37 int 1.		No. 900.688.882-7 (Incluir digito de verificación)	
DEPARTAMENTO	Cundinamarca	CIUDAD	Bogotá	
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	Jaime Guillermo Camacho Zamudio.		No IDENTIFICACIÓN	79 112 342
CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	gerencia@labotekcolombia.com.		TELEFONO	3123636395
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	PUBLICA ☐ CUAL	PRIVADA ☒	MIXTA ☐	OTRA ☐ CUAL
CONCEPTO DE LA FUENTE PRINCIPAL DE LOS INGRESOS				
CONCEPTO DE OTROS INGRESOS				
CONDICIONES DE PAGO	contado ☐	30 días ☒	60 días ☐	OTRO - CUAL ? :
DESCRIPCION DEL PRODUCTO	Insumo Medico y Diagnostico			

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 PAISES?	SI ☐	NO ☒ INDIQUE

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

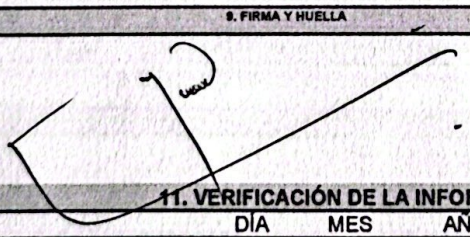
Declaro expresamente que:

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 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.
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





11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

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

Scanned with CamScanner