atrys	Código:	GC CUM FOR002
	Versión:	4
	Fecha:	30/04/2026
	Proceso:	GESTION DE CONTROL
	Subproceso:	CUMPLIMIENTO
	Nombre:	**FORMATO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/FPADM**

Tipo de Contraparte											
Cliente	☑	Proveedor	☐	Contratista	☐	Empleado	☐	Médico	☐	Otro. Cual?	
		Persona Jurídica	☑			Persona Natural	☐				
Fecha Diligenciamiento	3/07/2026	Registro Inicial	☐			Actualización de Datos	☑				

Información Básica (persona jurídica o natural)

Nombre o Razón Social	Tipo ID	No. De Documento (NIT)
ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SONSON	NIT	890980003-5

Fecha de Constitución		Tipo de Empresa	Privada		Pública	X	Mixta		
Dirección Oficina Principal		Ciudad	SONSON	Código Ciudad	5756				
		País	COLOMBIA	Código País	170				
Teléfono	3009199075	URL Página WEB	https://www.hospitalsonson-antioquia.gov.co/tema/ejecucion-de-contratos-176727						
Correo Facturación Electrónica	institucional@hospitalsonson.gov.co	Sector de la Economía							
Código de la actividad económica - CIIU	8610	Nombre de la Actividad Económica	Actividades de hospitales y clínicas con internación						

Representante Legal

1er Nombre	2do Nombre	1er Apellido	2do Apellido
JOSE	RICARDO	ORDOÑEZ	HERNANDEZ

Tipo ID	CC	No. De Documento de Identidad	8031906								
Lugar de nacimiento	MEDELLIN	Fecha de nacimiento	15/07/1985	Profesión, ocupación u oficio	ABOGADO						
Dirección de residencia	CALLE 16 NRO 7-151	Ciudad - País	SONSON ANTIOQUIA-COLOMBIA								
Correo Electrónico	administracion@hospitalsonson.gov.co	Teléfono personal									
Cotiza en bolsa?	SI		NO	x	¿Es PEP Directo, está vinculado a un PEP o es Servidor Público?	SI	X	NO			
¿Ha manejado y/o maneja recursos públicos?	SI	X	NO		¿Ha ostentado y/u ostenta algún grado de poder público?	SI	X	NO			
¿Ha gozado y/o goza de reconocimiento público?	SI	X	NO		¿Algún familiar directo es reconocido publicamente?	SI		NO	X		
Cargo que ocupa u ocupó:	GERENTE ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SONSON				Cargo que ocupa u ocupó:						

Representante Legal Suplente

Nombres y Apellidos	Tipo ID	No. Documento de Identidad	Teléfono	Correo Electrónico

Cotiza en bolsa?	SI		NO		Es PEP Directo o está vinculado a un PEP	SI		NO	
¿Ha manejado y/o maneja recursos públicos?	SI		NO		¿Ha ostentado y/u ostenta algún grado de poder público?	SI		NO	
¿Ha gozado y/o goza de reconocimiento público?	SI		NO		¿Algún familiar directo es reconocido publicamente?	SI		NO	
Cargo que ocupa u ocupó:					Cargo que ocupa u ocupó:				

Información Financiera (Persona Jurídica o natural)

Regimen Tributario	ESPECIAL	Tipo de Contribuyente		Tamaño de la Empresa	MEDIANA
Origen de los Recursos con los que Financia su Actividad	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD				
¿Es filial o subsidiaria de una casa matriz?	SI		NO	X	En caso afirmativo, indique el país de domicilio de la casa matriz:

Ingresos mensuales		Egresos mensuales		Balance último año	
Por actividad principal	2.097.838.098,00	Egresos mensuales	1.542.338.946,00	Total activos	40.298.746.921,00
Otros Ingresos		Gastos de sostenimiento		Total Pasivos	7.215.608.245,00
Total ingresos		Total Egresos		Total Patrimonio	**33.083.138.676,00**

atrys	Código:	GC CUM FOR002
	Versión:	4
	Fecha:	30/04/2026
	Proceso:	GESTION DE CONTROL
	Subproceso:	CUMPLIMIENTO
	Nombre:	**FORMATO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/FPADM**

Operaciones Internacionales

¿Realiza Operaciones internacionales o en moneda extranjera?	SI		Importaciones		Envío y/o Recepción de Giros		Inversiones				
	NO	x	Exportaciones		Pago de Servicios		Prestamos				
Indique la moneda en que reporta opoeraciones internacionales			Otras		Señale Tipo de Transacción						

Posee Productos Financieros en el Exterior	SI		NO	x	Posee Cuentas en Moneda Extranjera	SI		NO	x
Paises de los que provienen sus principales Ingresos (participación superior al 10% de los ingresos)									

Composición de la sociedad (Accionistas o asociados con participación directa o indirecta mayor o igual al 5% del capital social) o que ejerza control efectivo y/o final directa o indirectamente. INCLUIR BENEFICIARIO FINAL (≥25%)

Tipo ID	No. Documento de Identidad	Nombre o Razón Social	Participación (%)	¿Ha gozado y/o goza de reconocimiento	¿Ha manejado y/o maneja recursos públicos?	¿Ha ostentado y/u ostenta algún grado de poder público?	¿Algún familiar directo es reconocido publicamente?

Información miembros de Junta Directiva

Tipo ID	No. Documento de Identidad	Nombre o Razón Social	Participación (%)	¿Ha gozado y/o goza de reconocimiento público?	¿Ha manejado y/o maneja recursos públicos?	¿Ha ostentado y/u ostenta algún grado de poder público?	¿Algún familiar directo es reconocido publicamente?
CC	1152442854	JUAN DIEGO ZULUAGA PULGARIN	0,00%	SI	SI	SI	
CC	70730982	JHON JAIRO MARIN OSORIO	0,00%	SI	NO	SI	
CC	43459460	MARIA EUGENIA BERRIO	0,00%	SI	SI	SI	
CC	43253765	LIDA CRISTINA OSPINA BLANDON	0,00%	SI	NO	SI	

¿Los accionistas (Persona natural con participación mayor o igual al 5%), representantes legales o directivos tienen alguna relación de parentesco y/o amistad cercana con algún colaborador de la compañía?

Si		No		En caso afirmativo, indique el nombre y cargo de nuestro colaborador:	

¿Se encuentra obligado a implementar y/o cuenta con Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT/FPADM)?	SI		NO	
Se encuentra obligado a implementar y/o cuenta con Programa de transparencia y ética empresarial y/o similares	SI		NO	

Declaraciones Adicionales Requeridas por SARLAFT/FPADM - Circular Externa 202117000000055

Declaro que ni yo, ni la empresa que represento, ni sus socios/accionistas con participación ≥5%, ni sus directivos, se encuentran incluidos en la Lista Consolidada del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas	SI		NO	x
¿Cuenta con un Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) o programa anticorrupción equivalente?	SI		NO	x
Autorizo la verificación de mis datos en fuentes confiables e independientes, bases de datos públicas y privadas, y me comprometo a actualizar esta información mínimo anualmente	SI	x	NO	

Referencias Comerciales

Nombre o Razón Social	Contacto	Teléfono	Ciudad - País	Correo Electrónico

Referencias Bancarias

Entidad	Ciudad	Sucursal	No. De Cuenta	Tipo de Producto			
BANCOLOMBIA	SONSON	672	67256301198	Ahorros		Corriente	X
				Ahorros		Corriente	

atrys	Código:	GC CUM FOR002
	Versión:	4
	Fecha:	30/04/2026
	Proceso:	GESTION DE CONTROL
	Subproceso:	CUMPLIMIENTO
	Nombre:	**FORMATO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/FPADM**

Autorización Tratamiento de Datos y Verificación SARLAFT/FPADM

Autorizo de forma libre, previa, expresa e informada a Atrys Colombia SAS., persona jurídica privada, identificada con NIT. 900.120.195-7, cuyo objeto social principal es Prestación de Servicios de apoyo diagnostico bajo la modalidad de telemedicina, en calidad de RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, para que recolecte, almacene, use, procese, suprima, transmita y/o transfiera a terceros mis datos personales, para realizar los siguientes tratamientos a mis datos de carácter personal:
1. Utilizar los datos de carácter personal para realizar un correcto proceso de pago respecto a facturas y cuentas de cobro presentadas a ATRYS COLOMBIA S.A.S., en su calidad de CONTRATANTE y responsable del tratamiento.
2. Utilizar, en el evento que sea necesario, los datos personales del proveedor / contratante o de sus trabajadores con el fin de establecer controles de acceso a la infraestructura lógica o física.
3. Formalizar la inscripción y registro en la organización de Clientes, Proveedores y/o Contratistas.
4. Realizar las consultas y los controles establecidos en los términos de su política de prevención de Lavado de Activos y Financiación al Terrorismo, verificando en las fuentes que considere necesarias la información suministrada en el presente documento, tales como los listados de la OFAC o de las Naciones Unidas.
5. Cumplir cualquier otra obligación legal que se encuentre a cargo de ATRYS COLOMBIA S.A.S.
ATRYS COLOMBIA S.A.S., entiende que los datos personales de los trabajadores del PROVEEDOR / CONTRATANTE que éste entrega para llevar a cabo la gestión o servicio encomendado, cuentan con la autorización de los titulares para ser entregados y tratados de acuerdo a la POLÍTICA DE PRIVACIDAD de la compañía.

DERECHOS QUE LE ASISTEN COMO TITULAR DE DATOS PERSONALES: ATRYS COLOMBIA S.A.S., le informa que usted como titular de datos de carácter personal, podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, prueba de autorización y oposición en cualquier momento, dirigiendo su queja o reclamo a través canales habilitados, los cuales son identificados como: Correo electrónico a la siguiente dirección electrónica: cumplimientocolombia@atryshealth.com indicando en el asunto: CONSULTA/RECLAMO DE HABEAS DATA conforme a la POLÍTICA DE PRIVACIDAD publicada en nuestra página web www.atryscolombia.com.

Declaración Origen de Fondos

Yo, Jose Ricardo Ordoñez Hernandez, identificado(a) con CC X, CE__, pasaporte __, otro_____, número No. 8.031.906, expedido en Envigado, obrando en nombre propio y/o como representante legal de ESE Hospital San Juan de Dios de Sonsón identificada con el NIT No. 980,980,003-5, de manera libre, voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consigando es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos:
1. Los recursos que manejo y mis recursos propios provienen de las siguientes fuentes (Detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc.).
2. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. No admitiré que terceros efectúen depósitos a nombre mío, con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con la mismas.
4. La información suministrada en este formulario corresponde a la realidad y autorizo su verificación ante cualquier persona publica o privada sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación con ATRYS COLOMBIA S.A.S. o con quien representare sus derechos.
5. Autorizo a ATRYS COLOMBIA S.A.S. a cancelar contrato y/o relación comercial que mantenga con la sociedad que represento en el caso de comprobarse cualquier infracción de las normas legales tendientes al control de lavado de activos de acuerdo con la legislación colombiana vigente y eximo a ATRYS COLOMBIA S.A.S. de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que hubiera proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
Prometo someterme a las condiciones de venta establecidas por ATRYS COLOMBIA S.A.S. y autorizo a la entidad ATRYS COLOMBIA S.A.S. o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar, solicitar y divulgar a la central de información CIFIN, que administra la asociación bancaria y entidades financieras de Colombia, o a cualquier otra entidad que maneje o administre base de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial.
Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejara en las mencionadas base de datos, en donde se consignan de manera de completa, todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero y en general, frente al incumplimiento de mis obligaciones.

FIRMA Y HUELLA DEL CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmar cada vez que así sea solicitado. (Si es persona jurídica, firma el representante legal).
En constancia de lo anterior, se firma el presente documento a los 03 días, del mes de JULIO del año 2026.

Empresa Social del Estado Sonsón Hospital San Juan de Dios

HUELLA

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre: JOSE RICARDO ORDOÑEZ HERNANDEZ

Identificación: 8.031.906

Información Persona que Diligencia el Formulario

Nombre:		**Cargo:**	
No. Documento de Identidad:		**Fecha:**	

Revisión, Responsable y Aprobación (Espacio Solo Diligenciamiento Personal de ATRYS COLOMBIA S.A.S.)

Documentos que Adjunta (Conservación mínima: 5 años - Circular 202117000000055)

Certificado de Existencia y Representación Legal	Si			N/A		Portafolio de Servicios	Si			N/A	
Copia documento de identidad	Si			N/A		Referencias Comerciales (2) no mayor a 6 meses	Si			N/A	
Certificación Bancaria (no mayor a 30 días)	Si			N/A		Composición Accionaria Firmada por Contador	Si			N/A	
RUT Actualizado (fecha de impresión del año en curso)	Si			N/A		Copia tarjeta profesional contador público	Si			N/A	
Estados Financieros	Si			N/A		Certificado de implementación de SG-SST	Si			N/A	

atrys	Código:	GC CUM FOR002
	Versión:	4
	Fecha:	30/04/2026
	Proceso:	GESTION DE CONTROL
	Subproceso:	CUMPLIMIENTO
	Nombre:	**FORMATO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/FPADM**

Revisión formulario y documentos, responsable el encargado de vincular a la contraparte

Documentación completa	Si		No		Formulario Completo	SI		NO	
Se solicita verificación en listas restrictivas (Lista Consolidada del Consejo de Seguridad de ONU, OFAC, listas nacionales)	Si		No		Reportan PEP	SI		NO	
Se requiere debida diligencia intensificada	Si		No						

NOTA: Conforme a la Circular Externa 20211700000055 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, la información contenida en este formulario deberá actualizarse como mínimo ANUALMENTE. La entidad podrá solicitar actualización en cualquier momento.

Comentarios: _____

_____

_____

_____

Firma colaborador de área responsable de la vinculación

Nombre _____

Fecha: _____

Versión	Cambio realizado por	Revisado por	Aprobado por	Fecha de aprobación	Descripción del cambio
1	Oficial de Cumplimiento	Representante Legal	Junta Directiva	18/01/2024	Creación del documento
2	Oficial de Cumplimiento	Representante Legal	Junta Directiva		Simplificación del formato y definición de responsable
3	Oficial de Cumplimiento	Representante Legal	Junta Directiva		Simplificación del formato
4	Oficial de Cumplimiento	Representante Legal	Junta Directiva	30/04/2026	Ajuste Circular 20211700000055 - FPADM, beneficiario final, listas ONU, SICOF