

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN JUAN DE DIOS ESE

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN JUAN DE DIOS ESE

Nit. 842.000.004-4

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
SAN JUAN DE DIOS ESE

GESTIÓN ESTRATEGICA

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares Externas 000009 de 2016 y 20211700000005-
5 de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Versión: 1
Código: GES-FT-05
Fecha: 7/03/2023
Página: 1

Fecha de diligenciamiento

Type of Client or Counterparty

Type of Request

Client

Contractor

Provider IPS

Supplier

Vinculation

Collaborator

User

Shareholder

Other

Update

City

Regional

Zonal

I. INFORMACIÓN GENERALPERSONA NATURALPrimer ApellidoSegundo ApellidoPrimer NombreSegundo NombreTipo de documentoN° IdentificaciónCCCETIIPASCDLugar de expediciónFecha de expedicióndeíameseañoLugar de nacimientoFecha de naciendodeíameseañoDirecciónTeléfonoCelularCiudadDepartamentoProfesiónOcupación (código CIUI)Responda sí o no a las siguientes preguntas¿Administra recursos públicos?¿Tiene reconocimiento público?¿Tiene grado de poder público?¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?PERSONA JURÍDICARazón SocialNITCorreo electrónicoTipo de sociedad:AnónimaLimitadaS.A.S.Otra¿Cuál?Tipo de empresaPrivadaPúblicaMixtaSin ánimo de lucroActividad económica principalSaludFarmacéuticoQuímicoIndustrialOtro¿Cuál?TransportesServiciosComercialFinancieroCódigo CIUDescripción de la actividad económicaDirección oficina principalTeléfonoCelularCiudadDepartamentoDirección agencia o sucursalTeléfonoCelularCiudadDepartamentoRepresentante LegalPrimer ApellidoSegundo ApellidoPrimer NombreSegundo NombreTipo de documentoN° IdentificaciónCCCEIIPASCDLugar de expediciónDirecciónTeléfonoCiudadResponda sí o no a las siguientes preguntas¿Administra recursos públicos?¿Tiene reconocimiento público?¿Tiene grado de poder público?¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación(adjuntar relación si los campos son insuficientes)Razón social o nombres y apellidosTipo de documentoN° Documento% de ParticipaciónResponda sí o no a las siguientes preguntas¿Administra recursos públicos?¿Tiene reconocimiento público?¿Tiene grado de poder público?¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACIÓN SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)Nombres y apellidosTipo de documentoN° DocumentoPrincipal o suplenteResponda sí o no a las siguientes preguntas¿Administra recursos públicos?¿Tiene reconocimiento público?¿Tiene grado de poder público?¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?II. INFORMACIÓN FINANCIERATotal activos \$Total pasivos \$Patrimonio \$Ingresos mensuales \$Egresos mensuales \$Otros ingresos \$Concepto de otros ingresosInformación financiera a corte de:III. INFORMACIÓN BANCARIATipo de CuentaCorrienteAhorrosEntidad FinancieraSucursalTeléfonoIV. REFERENCIAS COMERCIALESNombreTeléfonoDirecciónCiudadV. OPERACIONES INTERNACIONALES¿Realiza negocios en moneda extranjera?SíNoTipo de transaccionesImportacionesExportacionesInversionesPréstamosPago de serviciosTransferenciasOtros¿Cuál?Productos financieros en moneda extranjeraTipo de productoNo. de productoEntidadMontoCiudadPaísMoneda

VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.): _____
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. De manera irrevocable autorizo a la ESE Hospital Departamental San Juan de Dios, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y 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 formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
6. Eximimos a la ESE Hospital Departamental San Juan de Dios, sus representantes legales y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

VII. DECLARACIONES ADICIONALES

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo? | SI | No |
| 2. La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton? | SI | No |
| 3. Si es persona natural ha sido incluido en listas inhibitorias como la lista Clinton? | SI | No |

VIII. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

Firma

Huella

DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURÍDICA

Nombre de la persona que lo diligencia				Tipo de documento				Número de identificación	
				CC		CE		PAS	
Lugar de expedición			Firma						