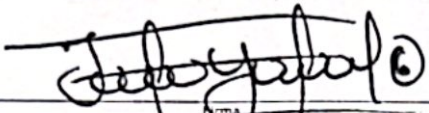


HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS GESTIÓN ESTRATÉGICA FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT		Versión: 1 Código: GES-FT-05 Fecha: 7/03/2023 Página: 1	
Fecha de diligenciamiento		Tipo de Cliente o Contraparte	
06	08	2023	
Cliente	Contratista	Prestador IPS	Proveedor ☒
Colaborador	Usuario	Accionista	Otro ☒
Ciudad		Tipo de Selección	
Regional		Vinculación	
Zonal		Actualización ☒	
I. INFORMACIÓN GENERAL			
PERSONA NATURAL		PERSONA JURÍDICA	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Lugar de expedición		Fecha de expedición	Lugar de nacimiento
Teléfono		CE	CE
Celular		TI	PAS
Ciudad		CD	Nº Identificación
Departamento		Fecha de nacimiento	Dirección
Profesión		da	mes
Ocupación (código CIIU)		año	
Responda si o no a las siguientes preguntas			
¿Administra recursos públicos?			
¿Tiene reconocimiento público?			
¿Tiene grado de poder público?			
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?			
Razón Social			
NIT			
Correo electrónico			
Tipo de sociedad			
Anónima			
Limitada			
S.A.S.			
Otra			
¿Cuál?			
Tipo de empresa			
Privada			
Pública			
Mixta			
Sin ánimo de lucro			
Actividad económica principal			
Salud			
Farmacéutico			
Químico			
Industrial			
Otro			
¿Cuál?			
Transportes			
Servicios			
Comercial			
Financiero			
Código CIIU			
Descripción de la actividad económica			
Dirección oficina principal			
Cra 6 # 19-31			
Teléfono			
3214710795			
Celular			
Pto. Canoero			
Vicheda			
Departamento			
Dirección agencia o sucursal			
Teléfono			
3103349253			
Representante Legal			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento		Nº Identificación	
CC		X	
CE		PAS	
CD		1.007.599.262	
Lugar de expedición		Dirección	
Yopal		Calle 24 # 10A-43	
Teléfono		3103349253	
Celular		Pto. Canoero	
Ciudad		Departamento	
Responda si 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 apellidos	Tipo de documento	Nº Documento	% de Participación
Responda si 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 apellidos	Tipo de documento	Nº Documento	Principal o suplente
Responda si 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 FINANCIERA			
Total activos \$	579.846.585	Total pasivos \$	91.352.600
Ingresos mensuales \$	5.644.792.844	Ingresos mensuales \$	476441.817
Concepto de otros ingresos		Patrimonio \$	488.294.585
31/12/2025			
III. INFORMACIÓN BANCARIA			
Tipo de Cuenta	Entidad Financiera	Sucursal	Teléfono
Corriente	Banco BOVA	Pto. Canoero	
Ahorros	Bancolombia	Pto. Canoero	
IV. REFERENCIAS COMERCIALES			
Nombre	Teléfono	Dirección	Ciudad
V. OPERACIONES INTERNACIONALES			
¿Realiza negocios en moneda extranjera?	Tipo de transacciones		
SI ☐ No ☒	Importaciones	Exportaciones	Inversiones
¿Cuál?	Préstamos	Pago de servicios	Transferencias
Otros			
Productos financieros en moneda extranjera			
Tipo de producto	No. de producto	Entidad	Moneda

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.): <u>entidades privadas y estatales, servicios y suministros a</u>	
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícito y lo 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 FISE 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 FISE 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 verificación del mismo.	
VII. DECLARACIONES ADICIONALES	
1. He 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
<u>Jaxbleidy Yeraldin Garcia</u>	CC ☒ CE ☐ PAS ☐
Lugar de expedición	Fecha
Número de identificación <u>1.007.591.262</u>	