| ESE Hospital San Juan de Dios<br>Santa Fe de Antioquia | FORMATO DE FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE | CÓDIGO: PD-PD-FT-13<br>VERSIÓN: 01<br>FECHA: OCTUBRE 2023<br>PÁGINA: 1 DE 1 |
|---|---|---|

| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | DIA 18 | 03 | 2026 |
|---|---|---|---|

**INFORMACIÓN GENERAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | HyT Distribuciones Medicas Sas | DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. T.I. C.E. NIT X | |
| DIRECCIÓN | Cll 69B #32C-75. | No. 901533625-9 (Incluir dígito de verificación) | |
| DEPARTAMENTO | Antioquia / CIUDAD Medellín | | |
| NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL | Nicole Constanza Caceres Correa. | No. IDENTIFICACIÓN | 63541734 |
| CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO | dir.financiera@healthteam.com.co | TELEFONO | 6043220745 |

**INFORMACIÓN GENERAL**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVIDAD ECONÓMICA | ☐ INDUSTRIAL | ☐ CONSTRUCCIÓN | ☐ COMBUSTIBLES | | | | | | | | |
| | ☒ COMERCIAL | ☐ GAS NATURAL | ☐ SERVICIOS IPS | | | | | | | | |
| | ☐ FARMACÉUTICOS | ☐ SERV.INDUSTRIALES | ☐ TRANSPORTE | OTROS SERVICIOS _____ | | | | | | | |
| OPERACIONES INTERNACIONALES | Posee productos financieros en el exterior | | X SI | NO | Posee cuentas en moneda extranjera | | SI | X NO | | | |
| TIPO DE EMPRESA | PUBLICA | | PRIVADA | X | MIXTA | | OTRA | | CUAL | | |
| CUAL | | | | | | | | | | | |
| CONCEPTO DE LA FUENTE PRINCIPAL DE LOS INGRESOS | Distribución de Material Osteosintesis | | | | | | | | | | |
| CONCEPTO DE OTROS INGRESOS | | | | | | | | | | | |
| CONDICIONES DE PAGO | contado | | 30 días | | 60 días | | OTRO - CUAL ? : | | | | |
| DESCRIPCION DEL PRODUCTO | Material de osteosintesis | | | | | | | | | | |

**PEPS**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? | SI | | NO | X |
| ¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? | SI | | NO | X — INDIQUE |
| ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES? | SI | | NO | X — 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**

HUELLA

**11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

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