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	28	07	2026	

INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Surgicon y CIA S.A.S.			DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. T.I. C.E. NIT X
DIRECCIÓN	KM 1 VIA SIBERIA-COTA CENTRO EMPRESARIAL DEL OCCIDENTE			No. 860519267-9 (Incluir dígito de verificación)
DEPARTAMENTO	Cundinamarca	CIUDAD	Cota	
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	Maria Fernanda Oyuela Franco			No. IDENTIFICACIÓN 51.930.446
CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	info@surgicon.com.co			TELEFONO 601 898 5026

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	X NO	Posee cuentas en moneda extranjera	SI X NO
TIPO DE EMPRESA	PUBLICA CUAL	PRIVADA X	MIXTA	OTRA	CUAL
CONCEPTO DE LA FUENTE PRINCIPAL DE LOS INGRESOS				Comercio al por mayor de productos farmaceuticos, medicinales, cosmeticos y de tocador	
CONCEPTO DE OTROS INGRESOS				Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo N.C.P.	
CONDICIONES DE PAGO	contado	30 días	60 días	OTRO - CUAL ? :	45 DÍAS
DESCRIPCION DEL PRODUCTO	Dispositvos medicos				

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

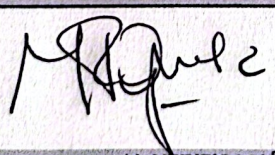
Declaro expresamente que:

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





HUELLA

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

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