E.S.E. HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA ¡Servicios con Sentido Humano!	FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT E.S.E HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA	VERSION: 01	EDICIÓN:
		CÓDIGO: GJ - F - 001	PÁGINA 1 DE 3

Fecha de Diligenciamiento: 30 09 2016 Ciudad: Tumaco

Tipo de solicitud: Nuevo [X] Renovación [X] Actualización [ ]

Clase de vinculación con la UEN: Trabajador [ ] Proveedor servicios de salud [ ] Proveedor de suministros [ ]

1. PERSONA NATURAL

Apellidos: MINOTTA COMESAÑA Nombres: ADRIAN ALEXANDER SARMIENTO

CC [X] CE [ ] TI [ ] RC [ ] Otro [ ] No: 11804987 Fecha de Nacimiento: 01 01 1977

Lugar de Nacimiento: QUIBDO Nacionalidad: CHOCO Ocupación/ Oficio:

Profesión: MEDICO INTERNISTA Teléfono: Celular:

Dirección Residencia: URBANIZ VILLA DEL RIO EDIFICIO CALLE 101 CRA 40 Municipio:

Ingresos Mensuales: 22.000.000 Egresos Mensuales: 10.006.000

Activos (pesos): 100.000.000 Pasivos (pesos):

Patrimonio (pesos): 90.000.000 Otros ingresos (pesos):

Concepto Otros Ingresos:

2. PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social: NIT: DV:

Tipo de Empresa: Pública [ ] Privada [ ] Mixta [ ] Sector de la Economía: CIIU:

Tipo de contribuyente: Régimen simplificado [ ] Régimen Común [ ] Grandes Contribuyentes [ ] Otras entidades [ ]

Fecha de constitución en Cámara de Comercio: D D M M A A A A Correo electrónico empresarial:

Oficina Principal Dirección: Municipio: Teléfono:

Sucursal/agencia Dirección: Municipio: Teléfono:

Representante Legal: primer apellido | segundo apellido | primer nombre | segundo nombre

CC [ ] CE [ ] TI [ ] RC [ ] Otro [ ] No: Fecha de Nacimiento: D D M M A A A A

Identificación de asociados o accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (si requiere más espacio anexe relación)

ID	Número ID	NOMBRES Y APELLIDOS	¿por su actividad o cargo administra recursos	¿por su actividad o cargo ejerce algún grado de	¿por su actividad o cargo goza de reconocimiento	¿Esta obligado a declaración tributaria en otro país(es)? Cuáles
			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	
			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	
			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	
			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	
			SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	

Ingresos Mensuales: Egresos Mensuales:

Activos (pesos): Pasivos (pesos):

Patrimonio (pesos): Otros ingresos (pesos):

Concepto Otros Ingresos:

3. PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS - PEP

¿Por su cargo maneja recursos públicos?	SI [ ]	NO [X]
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	SI [ ]	NO [X]
¿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]
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	SI [ ]	NO [X]

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita 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.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detallo ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen: MEDICO INTERNISTA

E.S.E. HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA ¡Servicios con Sentido Humano!	FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT E.S.E HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA	VERSION: 01	EDICIÓN:
		CÓDIGO: GJ - F - 001	PÁGINA 2 DE 3

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI [ ] NO [X] Importaciones [ ] Exportaciones [ ] Inversiones [ ] Transferencias [ ] Otra [ ]

Indique otras operaciones

¿Posee productos financieros en el exterior? SI [ ] NO [ ] ¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI [ ] NO [ ]

Tipo de producto	Identificación del producto	Número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

6. DECLARACIÓN NO ENCONTRARSE EN LISTAS NACIONALES O INTERNACIONALES PARA EL CONTROL LA/FT

Con el diligenciamiento de este formato declaró que no me encuentro en ninguna lista restrictivida de las establecidas a nivel nacional o internacional en lo referente al lavado de activos o financiación del terrorismo; asi mismo declaro que mis empleados, accionistas, miembros de la junta directiva o junta de socios, representantes legales y revisor fiscal (en caso de tenerlo), tampoco se encuentren reportado en ellas y asi mismo genero el compromiso de actualizar la información cuando hubieren casos y reportarla a su organización.

7. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Con la suscripción de este documento autorizo a la E.S.E HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA a:

1. Revelar mi información personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia como la UIAF o la Fiscalía General de la Nación
2. Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiación del terrorismo

Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones mi cargo, objeto de esta declaratoria no provienen ni provendrán de actividades ilicitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, trafico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contrarien las leyes de la republica, la moral o las buenas costumbres. Igualmente se genera un compromiso con la E.S.E HOSPTIAL FRANCISCO VALDERRAMA para implementar las acciones conducentes a evitar ser utilizados sin conocimiento o con consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades,por lo que se genera autorización para realizar las respectivas revisiones necesarias en las difernetes bases de datos

Como parte de las Politicas SARLAFT LA E.S.E HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA , podrá terminar de manera unilateral e inmediata los contratos que tenga consu entidad cuando el cliente, sus socios o sus acicionistas y/o sus administradores llegaren a ser:

1. vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y finanicación del terrorismo, lavado de activos, testaferraato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orgen constitucional.
2. Sea incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera.
3. Sea condeando por parte de las autoridades compententes en cualquier tipo de proceso jidiciao raicionado con la comisiónd e delitos de igual o similar naturazleza a los indicados en esta clausula.

Quien suscibe este documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño a la E.S.E HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra la E.S.E HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA por parte del suscriptor de las obligaciones que le apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, asi como cualquier reclamo judicial, xtrajudicial y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra de la E.S.E HOSPTIAL FRANCISCO VALDERRAMA por o en ocasión de dicho incumplimiento. De Igual manera el Cliente se compromete a dar las explicaciones a que hubiere lugar originadas por el mencionado incluplimiento a LA E.S.E HOSPTIAL FRANCISCO VALDERRAMA y a los terceros que este le indique.

8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Fotocopia de documento de identidad de la persona natural o persona jurídica [ ]
2. Fotocopia del documento de identidad del representante legal [ ]
3. Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas juridicas [ ]

9.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 presente documento



Huella

Abraham Miranda

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

10. INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA ENTIDAD

Recopilación y verificación de información

- [ ] La cédula coincide con el nombre suministrado
- [ ] Se confirman los datos registrados en el formato

Verificó en las siguientes listas

- [ ] Lista emitida por el Concejo de Seguridad de las Naciones Unidas: ONU
- [ ] Lista SDN personas y empresas sancionadas por el Gobierno de EEUU
- [ ] Lista de los más buscados por Interpol
- [ ] Lista Antecedentes Judiciales Policia
- [ ] Lista FBI
- [ ] Otras

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar al Oficial de Cumplimiento

ENCARGADO DE RECOPILAR LA INFORMACIÓN		ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN	
NOMBRE		NOMBRE	
TD Y NUMERO		TD Y NUMERO	
CARGO		CARGO	
EXTENCIÓN		EXTENCIÓN	
FECHA D D M M A A A A	HORA	FECHA D D M M A A A A	HORA