HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS
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.

Nit. 842.000.004-4

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

Fecha de diligenciamiento			Tipo de Cliente o Contraparte								Tipo de Solicitud	
30	04	2026	Cliente		Contratista		Prestador IPS		Proveedor		Vinculación	X
día	mes	año	Colaborador		Usuario		Accionista		Otro		Actualización	
Ciudad	Puerto Carreño		Regional				Zonal					

I. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento	Nº Identificación
				CC / CE / TI / PAS / CD	

Lugar de expedición	Fecha de expedición (día mes año)	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento (día mes año)	Dirección

Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento	Profesión	Ocupación (código CIIU)

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 JURÍDICA

Razón Social	NIT	Correo electrónico
Servicios y Suministros del Llano	901570328-3	g.suministros.llano@hotmail.com

Tipo de sociedad:	Anónima	Limitada	S.A.S.	Otra	¿Cuál?
			X		

Tipo de empresa:	Privada	Pública	Mixta	Sin ánimo de lucro

Actividad económica principal

Salud		Farmacéutico		Químico		Industrial		Otro		¿Cuál?
Transportes		Servicios	X	Comercial		Financiero				Código CIIU

Descripción de la actividad económica

Dirección oficina principal	Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento
Cra 9 Nº 18-01		3195871226	Puerto Carreño	Vichada
Dirección agencia o sucursal	**Teléfono**	**Celular**	**Ciudad**	**Departamento**

Representante Legal

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento	Nº Identificación
Hernández	Castaño	Adrian	Fernando	CC X / CE / PAS / CD	1019095617

Lugar de expedición	Dirección	Teléfono	Ciudad
Bogotá D.C	Cra 9 Nº 18-01	3195871226	Puerto Carreño

Responda sí o no a las siguientes preguntas

¿Administra recursos públicos?	SI	¿Tiene reconocimiento público?	NO	¿Tiene grado de poder público?	NO	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?	NO

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 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?
Adrian Fernando Hernandez	CC	1019095617	90	SI	NO	NO	NO
Pablo Parra Castaño	CC	74856324	10	SI	NO	NO	NO

JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACIÓN SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)

Nombres y apellidos	Tipo de documento	Nº Documento	Principal o suplente	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?
Adrian Fernando Hernandez	CC	1019095617	Principal	SI	NO	NO	NO
Pablo Parra Castaño	CC	74856324	Suplente	SI	NO	NO	NO

II. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total activos $	80'480'000	Total pasivos $	0	Patrimonio $	80'480'000
Ingresos mensuales $	3'500'000	Egresos mensuales $	3'500'000	Otros ingresos $	
Concepto de otros ingresos				Información financiera a corte de:	31/12/2025

III. INFORMACIÓN BANCARIA

Tipo de Cuenta: Corriente	Tipo de Cuenta: Ahorros	Entidad Financiera	Sucursal	Teléfono
	X	Bancolombia	Puerto Carreño	

IV. REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre	Teléfono	Dirección	Ciudad
Servicios y Suministros Fabhi Especial Salamanca		Santa Rosalia Puerto Carreño	Santa Rosalia Puerto Carreño

V. OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera? Sí ☐ No ☒

Tipo de transacciones

Importaciones	Exportaciones	Inversiones	Préstamos	Pago de servicios	Transferencias	Otros

¿Cual?

Productos financieros en moneda extranjera

Tipo de producto	No. de producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	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.): Actividades Relacionadas Con la ejecución de contratación Pública y Privada
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 laESE 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	X
2.	La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton?	Si	No	X
3.	Si es persona natural ha sido incluido en listas inhibitorias como la lista Clinton?	Si	No	X

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:

Fernando Hernandez

Firma



Huella

DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURÍDICA

Nombre de la persona que lo diligencia	Tipo de documento				Número de identificación
Adrian Fernando Hernandez Gutierrez	CC	X	CE	PAS	1019095617

Lugar de expedición	Firma
Bogota D.C	Fernando Hernandez