E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE PADUA	**FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT** *Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a la Circular Externa 000009 del 21 de Abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.*	**FECHA:** 05/11/2024
		CÓDIGO: MAG-GTH-ATH-F-025
	E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA **PROCESO: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**	**VERSIÓN:** 03
		PÁGINAS: 1

Fecha de diligenciamiento	Tipo de Cliente o Contraparte										Tipo de Solicitud	
	Cliente		Contratista	x	Prestador IPS		Proveedor		Vinculación	
	Colaborador		Junta Directiva		Accionista		Otro		Actualización	

Ciudad		Regional		Zonal	

I. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento									N° Identificación
				CC	x	CE		TI		PAS		CD	

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

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

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	Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento
Dirección agencia o sucursal	Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento

Representante Legal

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento									N° Identificación
				CC		CE		PAS		CD			

Lugar de expedición	Dirección	Teléfono	Ciudad

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?	

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	N° Documento	% de Participación	Responda sí o no a las siguientes preguntas			
				¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento	¿Tiene grado de	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?

DOCUMENTO CONTROLADO

JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACIÓN SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)

Nombres y apellidos	Tipo de documento	N° 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?

II. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total activos $	Total pasivos $	Patrimonio $	
Ingresos mensuales $	Egresos mensua	Otros ingresos $	
Concepto de otros ingresos		Información financiera a corte	

III. INFORMACIÓN BANCARIA

Tipo de Cuenta		Entidad Financiera	Sucursal	Teléfono
Corriente	Ahorros			

IV. REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre	Teléfono	Dirección	Ciudad

V. OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera?

Sí ☐ No ☐

Tipo de transacciones

Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversione ☐ Préstamos ☐ Pago de servicios ☐ Transferencias ☐ Otr

¿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.):
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 E.S.E HOSPITAL., 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 E.S.E HOSPITAL., 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 ☐
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
(Persona natural o Representante Legal si es persona jurídica)

Huella

DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURÍDICA

Nombre de la persona que lo diligencia	Tipo de documento	Número de identificación

DOCUMENTO CONTROLADO

		CC		CE		PA S	
Lugar de expedición	Firma						

Salud Integral, Impacto Real

DOCUMENTO CONTROLADO