	FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SAR-LA/FT/FPADM	GSA-FT-001	VERSION: 01

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	23	09	2026	CIUDAD	BUENAVENTURA	DEPARTAMENTO	VALLE DEL CAUCA

CLASE DE VINCULACIÓN

PROVEEDOR	Asistencial	x	Administrativo		COLABORADOR	

DATOS PERSONA NATURAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NAYDU	ADRIANA	LEMOS	CORTES

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				No. IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN
C.C. X	C.E.	T.I.	OTRO	1006108082	CALI, VALLE DEL CAUCA	27/06/2019

FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	PROFESIÓN U OFICIO	TELÉFONO CELULAR
22/05/2001	CALI, VALLE DEL CAUCA	MEDICA GENERAL	3183847593

DIRECCIÓN RESIDENCIA	CALLE 45A #120-78

FECHA DE CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA			23	09	2026
TOTAL ACTIVOS	70.000.000	TOTAL PASIVOS	150.000.000	TOTAL PATRIMONIO	-80.000.000
INGRESOS MENSUALES	6.500.000	EGRESOS MENSUALES	4.500.000	OTROS INGRESOS MENSUALES	0
ESTADO CIVIL		CORREO ELECTRÓNICO			

MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA, POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN:

¿Maneja recursos públicos?	SI	NO X	¿Tiene reconocimiento público?	SI	NO X
¿Ejerce algún grado de poder público?	SI	NO X	¿Es familiar de una persona públicamente expuesta?	SI	NO X
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?				SI	NO X

DATOS PERSONA JURÍDICA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	DV

TIPO DE EMPRESA			SECTOR DE LA ECONOMÍA	CIIU
PÚBLICA	PRIVADA	MIXTA		

DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL	TELÉFONO (S)

FECHA DE CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA	DÍA	MES	AÑO

TOTAL ACTIVOS	TOTAL PASIVOS	TOTAL PATRIMONIO	TIENE SUCURSALES	
			SI	NO

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN					No. IDENTIFICACIÓN
C.C.	C.E.	T.I.	OTRO	CUÁL	

Identificación de Accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, Aporte o Participación.

Nombre Completo	Tipo ID	Número ID	¿Por su actividad o cargo goza de Reconocimiento Público, Poder Público y/o maneja Recursos Públicos? Marque SI o NO y especifique.

	FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SAR-LA/FT/PADM	GSA-FT-003	VERSION: 01

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera?	SI	NO	CUÁL
¿Posee productos Financieros en el Exterior?	SI	NO	CUÁL

PRODUCTO	NÚMERO PRODUCTO	MONEDA	MONTO	ENTIDAD	CIUDAD	PAÍS

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente, el incumplimiento de esta obligación faculta al Hospital Luis Ablanque de la Plata ESE, para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a delitos fuente relacionados con Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva - LA/FT/PADM, grupos terroristas, corrupción, opacidad, fraude o actividades terroristas.

Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos fuente relacionados con LA/FT/PADM, o la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico, fraude, opacidad o corrupción.

Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos: OFICIO

CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES

Los datos personales solicitados en el presente FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SAR-LA/FT/PADM son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para prevenir y controlar el Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva - LA/FT/PADM.

Que conforme con lo dispuesto por el literal b) de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular.

Hospital Luis Ablanque de la Plata podrá terminar unilateralmente e inmediatamente el vínculo contractual, al proveedor o colaborador, cuando:

* Aparezcan vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por LA/FT/PADM y sus delitos fuente; además por testaferrato, corrupción, opacidad o fraude.

* Sean incluidos en listas vinculantes de acuerdo con lo estipulado en la C.E. 009 de 2016 - SARLAFT de la Superintendencia Nacional de Salud.

* Sean condenados por parte de las autoridades competentes por cualquiera de los delitos fuente del Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – LA/FT/PADM, corrupción, opacidad o fraude descritos en el Código Penal Colombiano.

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, firmo el presente documento a los 23 días del mes de 09 del año 2026, en la ciudad de Buenaventura

Nayd Lemos

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL



HUELLA ÍNDICE DERECHO

Todos los espacios del formato deben quedar diligenciados, por lo tanto, en aquellos que no tenga información por favor escriba N.A. (No Aplica).