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 2026
		PÁGINA: 1 DE 1

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	**DIA**	13	**MES**	10	**AÑO**	2026	

INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Juliana Andrea Villa Mesa	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C.x T.I. C.E. NIT

DIRECCIÓN	Calle 10#19-201			No.1007493387
DEPARTAMENTO	Antioquia	CIUDAD	Santa Fe de Antioquia	(Incluir dígito de verificación)
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	No aplica			No. IDENTIFICACIÓN: No aplica
CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	julianaandreavillamesa@gmail.com			TELEFONO: 3014153144

INFORMACIÓN GENERAL

ACTIVIDAD ECONÓMICA	☐ INDUSTRIAL ☐ CONSTRUCCIÓN ☐ COMBUSTIBLES ☐ COMERCIAL ☐ GAS NATURAL ☐ SERVICIOS IPS ☐ FARMACÉUTICOS ☐ SERV.INDUSTRIALES ☐ TRANSPORTE OTROS SERVICIOS x

OPERACIONES INTERNACIONALES	Posee productos financieros en el exterior	SI	NO x		Posee cuentas en moneda extranjera	SI	NOx	

TIPO DE EMPRESA	PUBLICA CUAL____		PRIVADA		MIXTA		OTRA		CUAL	

CONCEPTO DE LA FUENTE PRINCIPAL DE LOS INGRESOS	Honorario por prestación de servicios
CONCEPTO DE OTROS INGRESOS	

CONDICIONES DE PAGO	contado		30 días	x	60 días		**OTRO - CUAL ? :**	
DESCRIPCION DEL PRODUCTO								

PEPS

¿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	INDIQUE
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES?	**SI**	☐	**NO**	x	INDIQUE

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO E INFORMACION

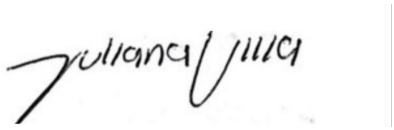
Declaro expresamente que:

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		