Hospital Universitario San Jorge Pereira	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA** **FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT/ FPADM**	**CÓDIGO:** AL1AD-FR11 **VERSIÓN:** 1.0 **FECHA:** 17-09-2024 **PAGINA:** 1 DE 3

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 04 | 11 | 2026 — BOGOTÁ D.C. — TIPO DE SOLICITUD: NUEVA [ ] ACTUALIZACIÓN DE DATOS [ ]

CLASE DE VINCULACIÓN: EMPLEADO [ ] CONSTRATISTA [ ] PROVEEROR SUMINISTROS [X] OTROS ¿CUÁL? _____

1. PERSONA NATURAL

DATOS PERSONALES

APELLIDOS _____ **NOMBRES** _____

TIPO DE ID. CC [ ] CE [ ] NIT [ ] OTRO [ ] ¿CUÁL? _____ **Nº** _____ FECHA DE EXPEDICIÓN DD | MM | AAAA

NACIONALIDAD _____ LUGAR DE NACIMIENTO CIUDAD | DEPARTAMENTO FECHA DE NACIMIENTO DD | MM | AAAA

PROFESIÓN _____ OCUPACIÓN: INDEPENDIENTE [ ] EMPLEADO [ ] OTRO [ ] ¿CUÁL? _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA _____ LUGAR DE RESIDENCIA CIUDAD | DEPARTAMENTO

CORREO ELECTRONICO _____ N° DE TELEFONO N° FIJO | N° CELULAR

DATOS FINANCIEROS INFORMACIÓN REPORTADA CORTE AL 31 | DICIEMBRE | AAAA

(Información corte la vigencia inmediatamente anterior) Anexar Declaración Juramentada de Bienes y Rentas

INGRESOS MENSUALES	$	EGRESOS MENSUALES	$
OTROS INGRESOS LABORALES (MENSUALES)	$	OTROS INGRESOS NO LABORALES (MENSUALES)	$
ACTIVOS (ANUAL)	$	PASIVOS (ANUAL)	$
PATRIMONIO (ANUAL)	$		
DESCRIPCIÓN DE OTROS INGRESOS LABORALES		DESCRIPCIÓN DE OTROS INGRESOS NO LABORALES	

2. PERSONA JURIDICA

RAZÓN SOCIAL DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD S.A.S. BIC **NIT** 828002423 **DV** 5

TIPO DE EMPRESA PÚBLICA [ ] PRIVADA [X] MIXTA [ ] SECTOR DE LA ECONOMÍA COMERCIO CIIU N° 4645

TIPO DE CONTRIBUYENTE RESPONSABLE DE IVA [X] GRAN CONTRIBUYENTE [X] **OTRAS ENTIDADES** _____

3. PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA - 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 (Personas Naturales y Representantes Legales)

Yo, **ADDY FERNANDO CORTES CUBILLOS** identificado con **C.C.7.727.146** declaro expresamente

1 Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal; y los recursos que poseo **NO** provienen de actividades ilicitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.

2 La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.

3 Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal; y los recursos que poseo **NO** provienen de actividades ilicitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.

4 Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato **NO** se destinaran al LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE

5 Los recursos que poseo al 04 | 11 | 2026 provienen de las siguientes fuentes (Ejemplo: Actividades laborales, Herencias, Rendimientos. Etc)

Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos y de tocador

5. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

Yo, **ADDY FERNANDO CORTES CUBILLOS** identificado con **C.C. 7.727.146** declaro expresamente que:

Realicé (1 año atrás) o realizo actulamente operaciones en moneda extranjera SI [ ] NO [X] ¿CUÁL? IMPORTACIONES [ ] EXPORTACIONES [ ] INVERSIONES [ ] TRANSFERENCIAS [ ]

INDIQUE OTRO TIPO DE OPERACIONES

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

	TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO	¿Por su actividad o cargo administra recursos públicos?		¿Por su actividad o cargo ejerce algun grado de poder público?		¿Por su actividad o cargo goza de reconocimiento público?		¿Esta obligado a presentar declaración tributaria en otro país?		
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	¿Cuál pais?
1	N/A	N/A		X		X		X		X	
2											
3											

6. CLAUSULAS DE AUTORIZACIÓN

Yo, **ADDY FERNANDO CORTES CUBILLOS** identificado con CC [X] CE [ ] OTRO [ ] N° **7.727.146**

Persona Natural [ ] Personana Juridica [X] y en mi calidad de *Representante Legal* **DISTRIBUIDORA COLOMBIANA DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD S.A.S. BIC** NIT **828.002.423-5**

Con la suscripción de este documento y, de conformidad con lo definido por la Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, la Circular Externa 002 de 2015 expedida por la Superintendencia de Industria y Comercio, la Ley 2157 de 2021, y demás normas concordantes, mediante las cuales se establecen condiciones en materia de hábeas data y autorización de tratamiento de datos personales, autorizo a la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA 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 (LAFT) y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (FPADM).

7. ORIGEN DE FONDOS

Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones a mi cargo, objeto del presente contrato no provienen no provendrán de actividades ilícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional y demás delitos conexos establecidos en la norma de SARLAFT/FPADM o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres. Así mismo se obliga con la E.S.E Hospital Universitario San Jorge a implementar las medidas tendientes a evitar que sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y 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 en virtud de esto, el cliente autoriza a ser consultado en base de datos.

La E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA, terminará de manera unilateral e inmediata el presente contrato, cuando el cliente, sus socios o accionistas y/o administradores llegaran

1 Vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotrafico, terrorismo, financiaciación del terrorismo, financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional.

2 Sea vinculado a las listas para el control de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, administradas por cualquier autoridad nacional o internacional.

3 Sea condenado por parte las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de delitos de igual o similar naturaleza a los indicados en esta cláusula.

El suscriptor de este documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño a la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA, por cualquier multa o perjucio que fuera probados y sufra la E.S.E por parte del suscriptor de las obligaciones que apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos, financiación del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva; asi como cualquier reclamo judicial, extrajudicial y/o administraivo que autoridades competentes inicien en contra de la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA, por o con ocasión de dicho incumplimiento. De igual manera, el suscriptor se compromete a dar las explicaciones a que huniere lugar originadas por el mencionado incumplimiento a la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA y a los terceros que este le indique.
NOTA: Cuando se presentaren conductas de este tipo, la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA reportará dicha situación a los organos de control del estado.

8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO SOLICITADO	PERSONA NATURAL		PERSONA JURIDICA	
FOTOCOPIA CEDULA DE CIUDADANIA (Persona Natural / Persona Jurídica	SI [ ]	NO [ ]	SI [X]	NO [ ]
FOTOCOPIA RUT	SI [ ]	NO [ ]	SI [X]	NO [ ]
FOTOCOPIA CAMARA DE COMERCIO (***Persona Natural con Establecimiento de Comercio / Persona Jurídica)	SI [ ]	NO [ ]	SI [X]	NO [ ]
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS (Sigep)	SI [ ]	NO [ ]	SI [X]	NO [ ]
ESTADOS FINANCIEROS (Personas Juridicas: Cuando los tengan a 30/12 de la vigencia inmediatamente anterior)	SI [ ]	NO [ ]	SI [X]	NO [ ]
NOTAS A LOS ESTADOS FINANCEIROS (deben estar debidamente firmados por el Representante Legal, Contador y Revisro Fiscal si está obligado a ello)	SI [ ]	NO [ ]	SI [X]	NO [ ]
REGISTRO UNICO DE BENEFICIARIOS FINALES (RUB)	SI [ ]	NO [ ]	SI [X]	NO [ ]

9. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leido, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento

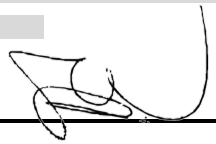
SARLAFT/FPADM, a los **04** del mes de **NOVIEMBRE** del año **2026**



HUELLA

NOMBRE COMPLETO **ADDY FERNANDO CORTES CUBILLOS**

DOCUMENTO DE IDENTIDAD **C.C.7.727.146**



FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

HOJA DE VERIFICACIÓN FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DE PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS

10. INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA ENTIDAD

Recopilación y verificación de la información

- ☐ La cedula de ciudadanía coincide con el nombre suministrado
- ☐ La información del rut y cámara de comercio coinciden con los datos suministrados de la empresa

Verificación de las siguientes listas

BASES DE DATOS NACIONALES

- ☐ POLICIA NACIONAL https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/
- ☐ MEDIDAS CORRECTIVAS https://srvcnpc.policia.gov.co/PSC/frm_cnp_consulta.aspx
- ☐ ANTECEDENTES FISCALES https://www.contraloria.gov.co/control-fiscal/responsabilidad-fiscal/certificado-de-antecedentes-
- ☐ ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS https://www.procuraduria.gov.co/portal/Certificado-de-Antecedentes.page
- ☐ OTRAS LISTAS NACIONALES

BASES DE DATOS INTERNACIONALES

- ☐ OFFAC https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/
- ☐ INTERPOL https://www.interpol.int/es/Como-trabajamos/Notificaciones/Ver-las-notificaciones-rojas
- ☐ FBI https://www.fbi.gov/
- ☐ OTRAS LISTAS INTERNACIONALES

EN CASO DE ALGUNA INCONSISTENCIA O COINCIDENCIA POSITIVA EN LAS LISTAS ANTES MENCIONADAS, INFORMAR AL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO.

DATOS DEL FUNCIONARIO ENCARGADO DE RECOPILAR LA INFORMACIÓN

APELLIDOS _____ NOMBRES _____

TIPO DE ID. CC ☐ CE ☐ NIT ☐ OTRO ☐ ¿CUÁL? _____ **N°** _____ FECHA DE EXPEDICIÓN DD | MM | AAAA

CARGO _____ ÁREA O SERVICIO _____

TELÉFONO FIJO | CELULAR FECHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DD | MM | AAAA

DATOS DE LA PERSONA NATURAL O PERSONA JURIDICA VERIFICADA EN LISTAS

NOMBRE _____

TIPO DE ID. CC ☐ CE ☐ NIT ☐ OTRO ☐ ¿CUÁL? _____ **N°** _____ FECHA DE EXPEDICIÓN DD | MM | AAAA

CLASE DE VINCULACIÓN EMPLEADO ☐ CONSTRATISTA ☐ PROVEEDOR SUMINISTROS ☐ OTROS ☐ ¿CUÁL? _____

TELÉFONO _____ | CELULAR FECHA DE RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN DD | MM | AAAA

DATOS DE LA PERSONA DESIGNADA ESE HUSJ PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN DEL FORMULARIO SARLAFT/FPADM

NOMBRE _____

TIPO DE ID. CC ☐ CE ☐ NIT ☐ OTRO ☐ ¿CUÁL? _____ **N°** _____ FECHA DE EXPEDICIÓN DD | MM | AAAA

CLASE DE VINCULACIÓN EMPLEADO ☐ CONSTRATISTA ☐ PROVEEDOR SUMINISTROS ☐ OTROS ☐ ¿CUÁL? _____

TELÉFONO FIJO _____ | FECHA DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN DD | MM | AAAA

RESULTADO DE LA VERIFICACIÓN

☐ SIN HALLAZGOS

☐ CON HALLAZGOS

_____

FIRMA DE QUIEN VERIFICA