	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA	**Código: GMA-FR-001**
		FECHA: febrero de 2025
	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO E INSCRIPCIÓN DEL CLIENTE – PROVEEDOR CONTRATISTA – EMPLEADO – PERSONA NATURAL	**Versión: 02**
		Página 1 de 2

PERSONA NATURAL

Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre(s):
MONTERO	BERNIER	JORGE ELIECER

DOCUMENTO DE IDENTIDAD
TI. ☐ P.P.☐
C.C.☑ C.E. ☐
Carnet Diplomático ☐
No. 7.142.827
Lugar de expedición: Santa Marta
Fecha de expedición: 06-06-1998

Fecha de nacimiento: 09-04-1978	Oficio o profesión: Médico Pediatra
Lugar de nacimiento: Santa Marta	Actividad: Independiente ☑ Dependiente ☐
Dirección de residencia: Carrera 33B # 29-10	Dirección Comercial:
Ciudad: Dosquebradas	Cargo:
Teléfono fijo:	Teléfono móvil: 322-7993099
E-mail para notificaciones: jemonterob@yahoo.es	

¿Posee prácticas de responsabilidad social? Si ☐ No ☑. En caso afirmativo, describa en qué ámbito: Laborales y Derechos Humanos ☐ Ambientales ☐ Comunidad y Sociedad ☐ Prácticas con Clientes ☐ Prácticas con Proveedores ☐ Gobierno Corporativo ☐ Otras:

INFORMACIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA (persona natural)

Patrimonio (Pesos): 20.000.000	Pasivos (Pesos): 10.000.000
Activos (Pesos): 20.000.000	Egresos mensuales (Pesos):
Ingresos mensuales (Pesos): 19.000.000	Otros ingresos (Pesos):

Concepto/otros ingresos: Contratista Médico Pediatra Hospital San Antonio de Soatá

Régimen IVA: Común ☐ Simplificado ☑ Gran contribuyente ☐ No responsable ☐ Beneficiario Ley 1429 de 2010 ☐ Autor retenedor ☐
(En caso afirmativo, señale el No. de Resolución:)

Declarante de renta: Si ☐ No ☐ Régimen general ☐ Régimen especial ☐

PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA (persona natural)

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Sí ☐ No ☐	¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Sí ☐ No ☐
¿Por su cargo o actividad goza de reconocimiento público? Sí ☐ No ☐	En caso de respuesta afirmativa, especifique:

¿Existe un vínculo entre usted y una persona políticamente expuesta Sí ☐ No ☐ / I n d i q u e en caso de respuesta afirmativa (nombre completo e identificación)

OPERACIONES INTERNACIONALES (persona natural)

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Sí ☐ No ☐ ¿En caso afirmativo señalar que tipo de transacciones?

☐ Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐ Envío y/o Recepción de Giros ☒ Pago de Servicios ☐ Transferencias
☐ Otras ¿Cuál? _____

¿Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, indique:

Tipo de producto	No. del producto	Entidad	Monto	Moneda	Ciudad	País

	PN	PJ
Una (1) Fotocopia del Registro Único Tributario – RUT.	X	
Una (1) fotocopia del documento de identidad.	X	
Declaración de renta del último año	X	

DECLARACIONES (persona natural)

Elaboró	Revisó	Aprobó
Jessica Moreno **Asesora Jurídica**	Jerson A Rodríguez **Asesor de calidad**	Luisa Fernanda Aranguren B. Gerente

Protección de datos financieros y personales: Con la suscripción de este documento, autorizo a la ESE Hospital San Antonio de Soatá, para que soliciten, procesen, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial conforme a lo dispuesto por la ley

Origen de los recursos: Declaro que mis recursos provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicionen o modifiquen. Por ende, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incluido en la lista vinculante del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y la lista restrictiva de la OFAC, que no he sido vinculado a investigación ante cualquier autoridad y que el Hospital se encuentra facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación contractual o

Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado. (Si es persona jurídica, firma el representante legal).

Jorge E montero B.

ESPACIO PARA HUELLA

Firma

Nombre: Jorge Eliecer Montero Bernier

P.P.☐ C.C.☑ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 7.142.827

Fecha de firma: 04-10-2026

VERIFICACIÓN		
Hora:	Fecha: DD / MM / AA	Lugar:
Nombre del funcionario responsable:		
P.P.☐ C.C.☐ C.E. ☐ T.I. ☐ No.		
Firma:		
Cargo:		
Se certifica que se llevó a cabo la verificación de la información entregada y diligenciada ☐ No ☐		

OBSERVACIONES

Información reservada para la ESE Hospital San Antonio de Soatá

Verificación en Listas:

¿El Cliente potencial presenta coincidencia en listas? Si ☐ No ☐

En caso de ser positiva la respuesta indique en cual _____

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar por escrito al Superior Inmediato y al Oficial de Cumplimiento.

Nombre del Profesional o Auxiliar Administrativo que realiza la verificación _____

Área: _____

Fecha: DD / MM / AA Hora: _____