San Isidro

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT

CODIGO GJ-501-F014
FECHA 12/08/2016
VERSION 01

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento	Nº Identificación
				CC / CE / TI / PAS / CD	

Lugar de expedición	Fecha de expedición (día / mes / año)	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento (día / mes / año)	Dirección

Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento	Profesión	Ocupación (código CIIU)

Responda si 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 JURIDICA

Razón Social	NIT	Correo electrónico
Empleate Empresa de Servicios Temporal	902008.617-2	juridica@empleatetemporal.com

Tipo de sociedad:	Anónima	Limitada	S.A.S.	Otra	¿Cuál?
			X		

Tipo de empresa:	Privada	Pública	Mixta	Sin ánimo de lucro
	X			

Actividad económica principal

Salud	Farmacéutico	Químico	Industrial	Otro	¿Cuál? Suministro de Personal en mision
Transportes	Servicios	Comercial	Financiero		Código CIIU 7820

Descripción de la actividad económica

Dirección oficina principal	Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento
Armenia - Quindio		3104364688	Armenia	Quindio
Dirección agencia o sucursal	**Teléfono**	**Celular**	**Ciudad**	**Departamento**

Representante Legal

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento	Nº Identificación
Duque	Patiño	Santiago		CC X / CE / PAS / CD	1.094.969.828

Lugar de expedición	Dirección	Teléfono	Ciudad
Armenia Q.	Cra.6 #35 local 23 Piso -2	3104364688	Armenia - Quindio

Responda si o no a las siguientes preguntas

¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?
NO	NO	NO	NO

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	Nº Documento	% de Participación	Responda si 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 $
429.500.000		429.500.000

Ingresos mensuales $	Egresos mensuales $	Otros ingresos $

Concepto de otros ingresos	Información financiera a corte de:
	30/11/2025

III. INFORMACIÓN BANCARIA

Tipo de Cuenta		Entidad Financiera	Sucursal	Teléfono
Corriente	Ahorros			
	X	Banco Caja Social	Armenia plaza	606-7414848

IV. REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre	Teléfono	Dirección	Ciudad

V. OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera? Si ☐ No ☒

Tipo de transacciones

Importaciones	Exportaciones	Inversiones	Préstamos	Pago de servicios	Transferencias	Otros

¿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 el Hospital General San Isidro ESE , 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 formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocios comerciales, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
6. Eximimos a el Hospital General San Isidro ESE., 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)

DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURÍDICA

Nombre de la persona que lo diligencia	Tipo de documento				Número de identificación
Santiago Duque Portino	CC ☒	CE ☐	PAS ☐		1.094.969.828
Lugar de expedición: Armenia - Quindio	Firma				