



FORMATO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SAR-LA/FT/FPADM

GSA-FT-001

VERSION: 01

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD		DEPARTAMENTO		
CLASE DE VINCULACIÓN								
PROVEEDOR	Asistencial		Administrativo		COLABORADOR			
DATOS PERSONA NATURAL								
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No. IDENTIFICACIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN		
C.C.	C.E.	T.I.	OTRO					
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO		PROFESIÓN U OFICIO			TELÉFONO CELULAR		
DIRECCIÓN RESIDENCIA								
FECHA DE CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA				DIA	MES	AÑO		
TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS		TOTAL PATRIMONIO				
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		OTROS INGRESOS MENSUALES				
ESTADO CIVIL		CORREO ELECTRÓNICO						
MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA, POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN:								
¿Maneja recursos públicos?	SI	NO	¿Tiene reconocimiento público?		SI	NO		
¿Ejerce algún grado de poder público?	SI	NO	¿Es familiar de una persona públicamente expuesta?		SI	NO		
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?							SI	NO
DATOS PERSONA JURÍDICA								
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				NIT	DV			
TIPO DE EMPRESA			SECTOR DE LA ECONOMÍA				CIU	
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:

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 _____ días del mes de _____ del año _____, en la ciudad de _____

_____ 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).