

				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						DÍA		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).