



HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

GAGF-020-002-036  
VERSION: 000

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONALES  
NATURALES Y JURÍDICAS SARLAFT

|                           |           |             |      |      |  |     |  |
|---------------------------|-----------|-------------|------|------|--|-----|--|
| Fecha de Diligenciamiento |           | Día         |      | Mes  |  | Año |  |
| Clase de Vinculación      | Proveedor | Colaborador | EAPB | Otro |  |     |  |

PERSONA NATURAL

|   |                            |     |                          |                  |
|---|----------------------------|-----|--------------------------|------------------|
| Nombre Completo                                     | CE                         | TI  | Otro                     | N°               |
| CC  |                            |     |                          |                  |
| Fecha Nacimiento                                    | Día                        | Mes | Año                      | Lugar Nacimiento |
| Profesión, Ocupación u Oficio                       | Fecha Expedición Documento |     |                          | DD MM AAAA       |
| Dirección Residencia                                | Teléfono (s)               |     |                          |                  |
| Ingresos Mensuales                                  | Egresos Mensuales          |     |                          |                  |
| Otros ingresos diferentes a la relación contractual | SI                         | NO  | Otros Ingresos Mensuales |                  |
| Concepto Otros Ingresos                             |                            |     |                          |                  |
| 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 |

PERSONA JURÍDICA

|   |                 |                             |                          |    |
|---|-----------------|-----------------------------|--------------------------|----|
| Nombre o Razón Social                       | NIT             |                             | DV                       |    |
| Tipo de Empresa                             | Pública         | Mixta Sector de la Economía | CIU                      |    |
| Fecha de constitución en Cámara de Comercio | Privada         | E-mail                      |                          |    |
| Oficina Principal                           | Dirección       | Ciudad                      | Tiene sucursales (SI/NO) |    |
| Representante Legal                         | Nombre Completo |                             |                          |    |
| CC  | CE              | TI                          | Otro                     | N° |
| Dirección                                   | Teléfono        |                             |                          |    |

Identificación de Accionistas que tengan directa o indirectamente mas del 5% del Capital Social, Aporte o Participación

|         |           |                 |  |
|---------|-----------|-----------------|--|
| Tipo ID | Número ID | Nombre Completo | ¿Por su actividad o cargo goza de Reconocimiento Público, Poder Público y/o Recursos Públicos? |
|         |           |                 | Marque SI o NO y especifique   |
|         |           |                 |  |
|         |           |                 |  |

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

|  |             |        |       |         |      |        |
|--|-------------|--------|-------|---------|------|--------|
| ¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera? | SI          | NO     | Cuál  |         |      |        |
| ¿Posee productos Financieros en el Exterior? | SI          | NO     | Cuál  |         |      |        |
| Producto                                     | Número Prod | Moneda | Monto | Entidad | País | Ciudad |
|  |             |        |       |         |      |        |

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 posee 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 a la Subred integrada del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E., para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.
- Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a la Financiación del Terrorismo.
- 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 relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico o corrupción.
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes ( detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de ingresos:

CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES

- Los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos únicamente en las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para prevenir y controlar el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- 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 y el Financiamiento del Terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular.
- El Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E, podrá terminar unilateralmente e inmediatamente el vínculo contractual, cuando el proveedor, colaborador, EPB u otro, llegaren a:
  - Estar vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, financiación del terrorismo, lavado de activos, testaferrato y/o tráfico de estupefacientes
  - Ser incluidos en listas vinculantes de acuerdo con lo estipulado en el Manual SARLAFT.
  - Ser condenado por parte de las autoridades competentes por cualquiera de los delitos fuente del Lavado der Activos y la Financiación del Terrorismo descritos en el Código Penal Colombiano.
- Autorizo ser consultado en listas y/o bases de datos que permitan prevenir el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo en el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E.

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 \_\_\_\_\_



HUELLA

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO- NINFORMACION DE VERIFICACIÓN

|                                   |       |       |
|-----------------------------------|-------|-------|
| Nombre completo de quien verifica | Cargo |       |
| Fecha de verificación             | Hora  | Firma |
| Observaciones                     |       |       |