

El siguiente formulario debe ser diligenciado con letra imprenta y legible

| | | | |
|---------------------------|---|-------------------|--|
| Fecha de Diligenciamiento | <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/> | Tipo de Solicitud | Cliente <input type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/> Prestador IPS <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> |
| Ciudad | Oficina | Junta Directiva | <input type="checkbox"/> |
| | | Vinculación | <input type="checkbox"/> |
| | | Actualización | <input type="checkbox"/> |

I. INFORMACIÓN GENERAL

Persona natural

| | | | | | |
|---|---|---|---|--------------------------------|---|
| Nombres y apellidos | | Tipo Documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> | | N° Identificación | |
| Lugar de Expedición | Fecha de Expedición | Fecha de Nacimiento | Lugar de Nacimiento | | |
| <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/> | <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/> | <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/> | | | |
| Dirección Residencia | | Teléfono | Celular | Ciudad | |
| Profesión | | Ocupación | | | |
| ¿Administra recursos públicos? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Tiene reconocimiento público? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Tiene grado de poder público? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene algún vínculo con una persona considerada PEP? (Persona Públicamente Expuesta) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Está sujeto a obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Indique cuáles: | |

Si su respuesta fue afirmativa, indique por qué:

Persona jurídica

| | | |
|---|-----|--------------------|
| Razón social | NIT | Correo Electrónico |
| Tipo de sociedad: Anónima <input type="checkbox"/> S.A.S. <input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ | | |
| Tipo de empresa: Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/> Con ánimo de lucro <input type="checkbox"/> | | |
| Actividad económica principal | | ¿Cuál? |
| Comercial <input type="checkbox"/> Agropecuaria <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | | Código CIU |
| Transportes <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Minera <input type="checkbox"/> Financiero <input type="checkbox"/> | | |

Descripción de la actividad económica

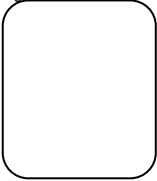
| | | | |
|------------------------------|----------|-----|--------|
| Dirección oficina principal | Teléfono | Fax | Ciudad |
| Dirección agencia o sucursal | Teléfono | Fax | Ciudad |

Representante legal

| | | | |
|---|---------------------|--|---------------------|
| Nombres y apellidos | | Tipo documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> | |
| N° Identificación | Lugar de expedición | Fecha de nacimiento | Lugar de nacimiento |
| <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/> | | | |
| Dirección residencia | Teléfono | Celular | Ciudad |

RELACIÓN DE ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 10% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

| Razón Social y/o Nombres y Apellidos | Tipo de documento | N° Documento | % de Participación |
|--------------------------------------|-------------------|--------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| II. INFORMACIÓN FINANCIERA | | | | | | |
|---|-----------------------------|--|---|-------------------|----------------------|-----------------------|
| Total activos | | | | Total pasivos | | |
| Ingresos mensuales | | | | Egresos mensuales | | |
| Otros ingresos (Diferentes a su actividad económica principal) | | | Concepto de otros ingresos | | Patrimonio | |
| Información financiera a corte de: <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/> | | | | | | |
| III. INFORMACIÓN BANCARIA | | | | | | |
| Tiene referencias financieras Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> | | Banco | | Sucursal | | Teléfono |
| Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> | | Banco | | Sucursal | | Teléfono |
| IV. REFERENCIAS COMERCIALES | | | | | | |
| Nombre | | Teléfono | | Dirección | | Ciudad |
| Nombre | | Teléfono | | Dirección | | Ciudad |
| V. OPERACIONES INTERNACIONALES | | | | | | |
| ¿Realiza negocios en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Tipo de transacciones Importaciones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Préstamos <input type="checkbox"/> Pago de servicios <input type="checkbox"/> Transferencias <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | | | | |
| Productos financieros en moneda extranjera | | | | | | |
| Tipo de producto | No. de producto | Banco | 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 la ESE Hospital Universitario de La Samaritana, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y 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. De encontrarse alguna inconsistencia en los anteriores datos, autorizo para que de manera unilateral sean cancelados los vínculos con la ESE Hospital Universitario de La Samaritana. | | | | | | |
| 5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. | | | | | | |
| 6. Eximimos a la ESE Hospital Universitario de La Samaritana, 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. | | | | | | |
| 7. Declaro que autorizo a la institución para rechazar mi propuesta en caso de aparecer reportado en las Listas Restrictivas y Vinculantes o no Vinculantes de acuerdo al Manual de Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y la Financiación al Terrorismo (SARLAFT) de la institución y el Pliego de Condiciones. | | | | | | |
| VII. DECLARACIONES ADICIONALES | | | | | | |
| 1. ¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | |
| 2. ¿La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas restrictivas como la OFAC o lista Clinton, entre otras? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | |
| 3. ¿Si es persona natural ha sido incluido en listas restrictivas como la OFAC o lista Clinton, entre otras? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | |
| 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, si es persona jurídica firma del Representante Legal) | | |  Huella | | | |
| Fecha diligenciamiento del formulario | | <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/> | Nombre del funcionario que lo diligencia: | | | Firma del funcionario |
| Tipo documento: | | C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> | N° Identificación: | | Lugar de Expedición: | |