

	FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL	Código:	FOR-0046-028
		Versión:	2

1. INFORMACIÓN BÁSICA: (Identifique su tipo de relación con la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL según corresponda)

CLIENTES PERSONAS NATURALES ☐ **PROVEEDORES PERSONAS NATURALES** ☐
 (USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD, PACIENTE O ACUDIENTE): (CONTRATISTAS, OUTSOURCING, CTA O SERVICIOS TEMPORALES)
FUNCIONARIOS DE PLANTA ☐ **MIEMBROS DE JUNTA** ☐
APELLIDOS Y NOMBRES: _____

Tipo de documento CC __ CE __ TI __ Pasaporte __ No _____		Lugar de expedición: Ciudad y Departamento _____		Fecha de Expedición: _____ dd/ mm/ año
Fecha de Nacimiento: _____ dd/ mm/ año	Lugar de Nacimiento Ciudad y Departamento _____	Sexo F ☐ M ☐	Dirección de Residencia, incluir barrio _____	
Ciudad	Departamento	Teléfono Fijo	Celular	e-mail
Estado Civil: Soltera(o) ☐ Casada(o) ☐ Unión libre ☐ Separada(o) ☐ Viuda(o) ☐				
Envío correspondencia: Residencia ☐ Oficina ☐ C.Elect. ☐ A.A. _____ Otra cual _____				

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA (* La información de la empresa es la de la empresa que cancela su salario, honorarios o servicios, para el caso de los estudiantes el nombre de la institución educativa por medio de la cual está en la ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, independientes y rentistas dejar en blanco)

Empleado ☐ Independiente ☐ Jubilado ☐ Estudiante ☐ Rentista ☐ Otro ☐				* Código CIU _____
Detalle de Actividad que realiza (Aplica para Contratistas, Independiente, rentista y Otros) _____				
* Nombre de la empresa: _____		Nit: _____	Sector Mixto ☐ Publico ☐ Privado ☐	
Cargo: _____		Antigüedad Meses _____	Ciudad _____	Departamento _____
Teléfono _____	Fax _____	Correo electrónico _____	Dirección _____	

	FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL	Código:	FOR-0046-028
		Versión:	2

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 o asociado de una persona públicamente expuesta? SI ☐ NO ☐

En caso de diligenciar SI por favor indique el Nombre _____

3. NIVEL EDUCATIVO (Si cuenta con más de un (1) título, relacione todos los títulos obtenidos)

Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnico ☐ Profesional ☐ Competencia/Oficio ☐ Especialización ☐

Título (s) Técnico y/o Profesional y/o Competencia/Oficio: _____

Título (s) Especialización: _____

4. INFORMACIÓN FINANCIERA (Tenga en cuenta que como mínimo los ingresos mensuales deben soportar los egresos o gastos mensuales, en otros ingresos se deben registrar aportes por parte de un familiar, dividendos de inversiones, entre otros)

INGRESO MENSUAL		EGRESO O GASTOS MENSUAL	
Sueldo/comisiones	\$ _____	Gastos Familiares	\$ _____
Ingresos por arriendo	\$ _____	Arriendo/vivienda	\$ _____
Otros ingresos	\$ _____	Pagos otras deudas	\$ _____
Total Ingresos Mes	\$ _____	Total Egresos o Gastos	\$ _____
A continuación, registre el valor total (Sumatoria) de aquellos conceptos que figuren a su nombre, tales como: Propiedades + Vehículos + Saldos en cuentas + Inversiones, entre otros.		A continuación, registre el valor total (Sumatoria) de aquellos conceptos que usted adeuda, tales como: Prestamos vivienda o vehículo + Prestamos de libre destinación + Tarjetas de crédito + Impuestos + Otros conceptos	
Total activos	\$ _____	Total, pasivos	\$ _____

Detalle de activos: Realice una breve enunciación de los activos con los cuales cuenta.

	FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL	Código:	FOR-0046-028
		Versión:	2

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES (Tenga en cuenta que, si Usted recibe periódicamente giros del exterior por cualquier índole, debe registrar estos como Otros, y detallar el nombre y vínculo de la o las personas que le realizan dichos giros.)

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? SI ☐ NO ☐
Si su actividad implica transacciones en moneda extranjera señale los tipos de transacción: Importaciones ☐ Exportación ☐ Inversiones ☐ Prestamos E M ☐ Pago de servicios ☐ Otros ☐ Cuales: _____ _____ _____ _____

6. DESCRIPCIÓN DE LAS CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA

¿Posee cuenta en el exterior? SI ☐ NO ☐ Ahorros ☐ Corriente ☐				
Nombre del Banco	Número de cuenta	Ciudad	País	Moneda
Nombre del Banco	Número de cuenta	Ciudad	País	Moneda

7. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LOS FONDOS (Tenga en cuenta que si Usted señalo en el Punto 4. INFORMACIÓN FINANCIERA que cuenta con Otros Ingresos, en este punto debe detallar de qué provienen esos Otros Ingresos.)

Con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones legales vigentes y a los procedimientos de la entidad sobre el Sistema Integral de Prevención de Lavado de Activos y financiación del terrorismo SARLAFT de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones:
- Que mis recursos y otras operaciones pasivas no provienen de ninguna actividad ilícita según las normas vigentes. - Certifico a la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, que no he permitido y me obligo a no permitir que terceras personas efectúen operaciones pasivas con fondos provenientes de actividades ilícitas y que no efectúare transacciones destinadas a dar apariencia de legalidad a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. - Que de conformidad con lo dispuesto por el literal b) del art. 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos no son aplicables a la base de datos y archivos que tengan por finalidad prevención, detección, monitoreo y control de lavados de activos y financiación del terrorismo, por lo que en principio no requerirá de una autorización de su titular, la cual previene de la ley. - Que acojo y acepto la DECLARATORIA DE COMPROMISO ASUMIDO POR LA ORGANIZACION Y TODOS LOS AGENTES QUE EN ELLA INTERVIENEN RELACIONADOS CON LA PREVENCION Y

	FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL	Código:	FOR-0046-028
		Versión:	2

CONTROL DEL LAVADO DE ACTIVOS Y DE LA FINANCIACION DEL TERRORISMO: La actuación diligente de los funcionarios y colaboradores en general de LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, sin distingo de su forma de vinculación y/o contratación es la garantía ante eventuales situaciones de riesgo de LA/FT. Todos los funcionarios y colaboradores en general actuarán con la mayor diligencia posible para proteger a la institución de situaciones que puedan comprometerla con LA/FT. La integridad y el respeto como conductas, implican el acatamiento a las normas relacionadas con el control y prevención de LA/FT y del cumplimiento de las normas internas que la ESE disponga para ello. Igualmente, se espera de los funcionarios y colaboradores en general un comportamiento dentro de los más altos estándares éticos y morales, con directrices concretas que se recogen por parte de la organización en el manual SARLAFT y el código de ética.

5. En consecuencia, declaro que mis fondos los he obtenido de manera lícita.

Por honorarios ☐ Por herencias o donaciones ☐ Por realización de activos ☐ Laborales ☐

Por actividad económica desarrollada ☐ Por rentas recibidas ☐ Otros Ingresos ☐

Cuáles _____

Especificaciones Adicionales: _____

Declaro que la información que he suministrado a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL es veraz y exacta, eximo a la entidad de cualquier responsabilidad proveniente de información que resultare ser errónea, falsa o inexacta y la autorizo a saldar y dar por terminadas las operaciones pasivas si se presenta cualquier incumplimiento a las normas legales que regulan la prevención de actividades delictivas y al procedimiento SARLAFT, así como a realizar los reportes pertinentes de conformidad a las disposiciones legales.

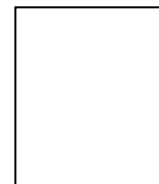
Me comprometo a actualizar la información y documentos suministrados.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrada es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los _____ del mes de _____ del año _____, en la ciudad de _____.

Nombre: _____

Firma: _____

C.C: _____



HUELLA

	FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL	Código:	FOR-0046-028
		Versión:	2

8. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN (Este espacio es de uso exclusivo del Oficial de Cumplimiento)

Verificado por _____ Firma _____ fecha _____ Origen de los fondos _____ Observaciones: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ Persona expuesta públicamente SI ☐ NO ☐

La vigencia del presente formato es solo del año en el cual se haya firmado
Si se considera necesario se puede adicionar información adicional

ANEXOS QUE SE DEBEN APORTAR CON EL PRESENTE DOCUMENTO DILIGENCIADO

Proveedor Persona Natural:

Dentro de esta clasificación se toman todos los proveedores personas naturales que pretendan vender o suministrar un bien o servicio a la ESE, los contratistas, y el personal que desarrolle sus servicios por medio de un tercero bajo la modalidad de Outsourcing, CTA o Empresa de Servicios Temporales, además de los estudiantes que por medio de los convenios docencia servicios presten un servicio a la ESE.

- Fotocopia del documento de identidad
- Declaración de renta de los dos últimos años o certificado de ingresos y retenciones de los dos últimos años.
- Si la persona natural no declara renta y tampoco cuenta con certificados de ingresos y retenciones, deberá expedir una certificación juramentada en tal sentido.

Personal de Planta:

Dentro de esta clasificación se toman todo el funcionario de planta fija y temporal de la ESE.

- Fotocopia del documento de identidad.
- Declaración de renta de los dos últimos años y/o certificado de ingresos y retenciones de los dos últimos años.