

	FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA JURÍDICA	Código:	FOR-0046-033
		Versión:	2

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

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO

(Por prestación de servicios de salud):

ACCIONISTA O SOCIO DE LA ESE

(Gobernación de Risaralda o Municipio de Santa Rosa de Cabal)

PROVEEDOR

OTRO TIPO DE CLIENTE

(Por arrendamiento, comodato u otro)

Razón social	NIT	Correo electrónico

2. INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento CC ☐ CE ☐ PASAPORTE ☐ No		Lugar de Expedición 	Fecha de Expedición
Dirección domicilio	Teléfono	Ciudad/municipio	Departamento

3. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Tipo de empresa Privada ☐ Mixta ☐ Publica ☐ Sector Solidario ☐		Tipo de sociedad Anónima ☐ Soc. Colectiva ☐ Limitada ☐ Soc. Comandita x Acc. ☐ Soc. comandita Simple ☐ SAS ☐	
Actividad Económica Industrial ☐ Comercial ☐ Transporte ☐ Construcción ☐ Agrícola ☐ Educación ☐ Serv. Financiero ☐ Otro ☐ Detalle			CODIGO CIUU
Dirección empresa oficial principal		Teléfono /fax	Departamento

	FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA JURÍDICA	Código:	FOR-0046-033
		Versión:	2

Dirección Sucursal	Teléfono/fax	Ciudad	Departamento
Persona de Contacto	Teléfono Celular	Teléfono Fijo	

4. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGA DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL, APOORTE O PARTICIPACION (Si es necesario, puede entregar esta información en una lista anexa al presente documento)

No	Documento de Identidad/ NIT	Razón Social o Nombre Completo	% de Participación

5. INFORMACION ADICIONAL PERSONA JURIDICA (Tenga en cuenta que como mínimo los ingresos mensuales deben soportar los egresos o gastos mensuales, en otros ingresos se deben registrar rendimientos financieros, ventas de activos, entre otros)

Ingreso mensual \$	Otros ingresos mensuales \$	Tota ingresos mensuales \$	Total egresos mensuales \$
Ventas anuales \$		No de empleados _____	
Total activos \$		Total pasivos \$	
Indique el concepto de otros ingresos _____ _____ _____ _____ _____ _____			

	FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA JURÍDICA	Código:	FOR-0046-033
		Versión:	2

6. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza Transacciones en Moneda Extranjera? SI ☐ NO ☐						
Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Transferencias ☐ Pres. en mex ☐ Pago servicios ☐						
Otro ☐ Detalle: _____						
Tipo de Producto	Iden. Del Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

7. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LOS FONDOS

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 PREVENCIÓN Y 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 PAÚL, sin distinción 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.
- 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 _____

	FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA JURÍDICA	Código:	FOR-0046-033
		Versión:	2

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.

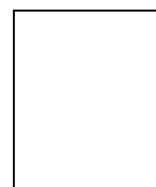
Me comprometo a actualizar la información y documentos suministrados con la periodicidad señalada en el Manual Sobre el Sistema de Administración de Riesgo en el Lavado de Activos y Financiación del terrorismo SARLAFT DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL

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

CERTIFICACION SARLAFT PATRIMONIO PERSONAS JURIDICAS

Yo _____, identificado con la cédula de ciudadanía número _____, actuando en representación de la sociedad, cuya razón social es _____, la cual tiene por objeto social _____, bajo la gravedad de juramento, declaro que todos los bienes, derechos y obligaciones que conforman el patrimonio, son de fuente lícita y que en las actividades que permiten el desarrollo el objeto social, se tienen en cuenta todos los requerimientos legales sobre la fuente de los recursos, evitando con ello que se pueda permear la empresa con recursos que provienen de actividades ilícitas como el lavado de activos o financiación del terrorismo entre otras, además de lo anterior autorizamos al Hospital San Vicente de Paul de Santa Rosa de Cabal, para que en calidad de contratante, solicite la información necesaria en la que se pueda establecer todos los registros y movimientos que permiten establecer el patrimonio de la sociedad, por medio de la presente autorizamos a la ESE para que pueda realizar las consultas ante los organismos competentes que permitan establecer que nuestra empresa no se encuentra reportada en las listas internacionales por lavado de activos o financiación del terrorismo, así mismo a que tenga acceso a la información y soportes necesarios que permitan justificar cualquier incremento en el patrimonio de la sociedad, que no provenga de una capitalización de socios o los mismos resultados del ejercicio.

Nuestra sociedad se encuentra dispuesta al diligenciamiento de todos los soportes que sean requeridos por la ESE en materia de dar cumplimiento a lo establecidos en las normas legales sobre la materia y como parte de los puntos de control del Manual de que permite administrar los riesgos en materia de lavado de activos y financiación del terrorismo, al igual allegar la información que adicional a la requerida para la contratación de

	FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA JURÍDICA	Código:	FOR-0046-033
		Versión:	2

ANEXOS QUE SE DEBEN APORTAR CON EL PRESENTE DOCUMENTO DILIGENCIADO

Entidad Responsable de Pago, Accionista o Socio de la ESE, Proveedor u Otros, Persona Jurídica:

Dentro de esta clasificación se toman todas las personas jurídicas que pretendan tener una relación contractual y/o comercial, tanto de compra como de venta de bienes y/o servicio a la ESE, además de las entidades educativas que por medio de los convenios docencia servicios estén vinculados a la ESE.

- Copia de Cámara de Comercio, o el documento que le permita desarrollar sus actividades comerciales.
- RUT
- Balances Generales de los dos últimos períodos, debidamente firmados por las personas responsables.
- Estado de Resultados o Estado de Actividad Económica, debidamente firmados por las personas responsables.
- Declaración de Renta de los dos (2) últimos años.
- Documento que acredite las facultades para contratar por parte de Representante Legal.
- Fotocopia del documento de identidad del Representante Legal.
- Declaración de renta de los dos últimos años o certificado de ingresos y retenciones de los dos últimos años del Representante Legal.