

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael Tunja
CÓDIGO: C-F-10	FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE PROVEEDORES Y EMPLEADOS SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)	
Versión: 00	ACUERDO No. 015 DEL 15 DE NOVIEMBRE DE 2016	25-12-2016

CLASE	CLIENTE	PROVEEDOR	EMPLEADO
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO			
		DÍA	MES
			AÑO

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL (Para las Personas Jurídicas esta información será la del Representante Legal)

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS _____

INDETIFICACIÓN TIPO C.C. C.E. T.I. FECHA DE EXPEDICIÓN

NUMERO _____ EXPEDIDA EN _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA _____ TELEFONO _____

CELULAR _____ E-MAIL _____

DETALLE DE LA ACTIVIDAD

ASALARIADO INDEPENDIENTE ESTUDIANTE SOCIO PENSIONADO

CODIGO "CIUU" _____

OCUPACIÓN / PROFESIÓN _____ NOMBRE DE LA EMPRESA _____ CARGO QUE DESEMPEÑA _____

DIRECCIÓN EMPRESA _____ CIUDAD _____ TELEFONO _____ E-MAIL _____

PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL: _____ **NIT:** _____

DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL _____ **CIUDAD** _____ **TELÉFONO** _____ **FAX** _____

DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA _____ **CIUDAD** _____ **TELÉFONO** _____ **FAX** _____

TIPO DE EMPRESA PUBLICA PRIVADA MIXTA INVER. EXTRANJERA

OTRA. CUAL? _____ **CÓDIGO ACTIVIDAD "CIUU"** _____

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO ANEXAR RELACIÓN DE CONFORMIDAD AL PRESENTE CUADRO)

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE INDETIFICACIÓN	NUMERO
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	

3. INFOTMACIÓN FINANCIERA

TOTAL ACTIVOS	\$ _____	TOTAL PASIVOS	\$ _____
INGRESOS MENSUALES	\$ _____	OTROS INGRESOS	\$ _____
EGRESOS MENSUALES	\$ _____	OTROS EGRESOS	\$ _____
CONCEPTO DE LOS INGRESOS _____			

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO TIPO DE TRANSACCIÓN _____

TIPO DE TRANSACCIÓN: IMPORTACIÓN EXPORTACIÓN INVERSIONES PRÉSTAMOS TRANSFERENCIAS

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

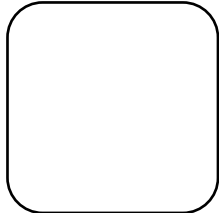
E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA		 HOSPITAL San Rafael Tunja
CÓDIGO: C-F-10	FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE PROVEEDORES Y EMPLEADOS SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)	
Versión: 00	ACUERDO No. 015 DEL 15 DE NOVIEMBRE DE 2016	25-12-2016

5. PERSONAS PEP's	
¿POR SU CARGO MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO GENERAL?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS O GRUPO DE PAISES?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SI SU RESPUESTA ES SI EN ALGUNO DE LOS CASO POR FAVOR INDIQUE:	

6. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CENTRALES DE RIESGO
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 y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. De manera irrevocable autorizo a la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga relación comercial vigente ó que se encuentre debidamente autorizada para administrar o manejar base de datos incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas

7. INFORMACIÓN BANCARIA			
ENTIDAD	SUCURSAL Y TELEFONO	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA
_____	_____	_____	_____

8. 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 REPRESENTANTE LEGAL DEL PROVEEDOR Ó EMPLEADO	 HUELLA INDICE DERECHO