	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT: 890.399.047-8	Código:	FT-GERE-028
		Vigencia desde:	marzo 2023
		Versión:	03

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTE SARLAFT/FPADM

Fecha de Diligenciamiento			Tipo de Cliente o Contraparte													
Día	Mes	Año	Cliente		Contratista		Prestador IPS		Proveedor		Otro		¿Cuál?:			
Tipo de Solicitud			Ciudad	Cali			Región	Vale del cauca			Zona	urbana				
Vinculación																
Actualización																

I. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha Nacimiento			Lugar de Nacimiento
				Día	Mes	Año	

Tipo de Documento										N° identificación	Lugar de Expedición	Fecha Expedición			Dirección	
CC		CE		TI		PAS		CD								

Ocupación (código CIIU)	Celular	Ciudad	Departamento	Profesión	Correo Electrónico

PERSONA JURIDICA

Razón Social	NIT	Correo Electrónico

Tipo de sociedad		Anónima		Limitada		S.A.S.		Otra		¿Cuál?	
Tipo de Empresa		Privada		Pública		Mixta		Sin Animo de Lucro			

Actividad Económica Principal											
Salud		Farmacéutico		Químico		Industrial		Otro		¿Cuál?	
Transporte		Servicios		Comercial		Financiero		Código CIIU			

Descripción Actividad Económica	

Dirección Oficina Principal	Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento

¿Actualmente tiene contratos o transacciones con empresas del Exterior?				¿Actualmente tiene contratos o transacciones con empresas del Estado?				¿Cuenta con un programa de prevención de lavado de activos financiación del terrorismo y financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva (LA/FT/FPADM)?				¿Cuenta con un sistema de prevención frente a la corrupción, opacidad y fraude (SICOF) o un programa de transparencia de ética empresarial (PTEE)?			
Si		No		Si		No		Si		No		Si		No	

REPRESENTANTE LEGAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de Documento						N° Identificación	Lugar de Expedición
				CC		CE		PAS			

DIRECCIÓN	TELÉFONO	CIUDAD

II. PERSONAS EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP'S)

Es usted un servidor público	SI		NO		Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general	SI		NO	
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos	SI		NO		Existe algún vinculo entre usted y una persona considerada PEP	SI		NO	
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder públicos	SI		NO		Por favor indique su relación				

En caso de contestar positivamente alguna de las preguntas anteriores por favor diligenciar el siguiente cuadro

Vinculo / relación	Nombre	Tipo de Identificación	N° de identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha Vinculación	Fecha Desvinculación

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT: 890.399.047-8	Código:	FT-GERE-028
		Vigencia desde:	marzo 2023
		Versión:	03

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTE SARLAFT/FPADM

III. OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza negocios en moneda extranjera				Tipo de transacciones													
				Importaciones		Exportaciones		Inversiones		Prestamos		Pago de Servicios		Transferencias		Otros	
Si		No	x	¿Cuál?													

Productos Financieros en moneda extranjera

IV. IDENTIFICACIÓN DE SOCIOS, ACCIONISTAS O ASOCIADOS (ESAL) QUE SEAN PROPIETARIOS, DIRECTA O INDIRECTAMENTE DEL 25% OMAS DEL CAPITAL SOCIAL

Nombre y Apellido	Tipo de Documento	N° Documento	% de Participación	Responda si o no a las siguientes preguntas			
				Administra recursos públicos	Tiene reconocimiento público	Tiene grado de poder público	Tiene vinculo con una persona considera PEP

Nota: Si el espacio proporcionado no es suficiente, adjuntar composición accionaria de la empresa

En caso de que los accionistas de la empresa a vincular sean sociedades, indique la siguiente información de las personas naturales que actúan individual o conjuntamente, sean titulares, directa o indirectamente del 25% o mas del capital o los derechos de voto de la persona jurídica, y/o se beneficien en un 5% o mas de los rendimientos, utilidades o activos de la empresa:

V. JUNTA DIRECTIVA

NOMBRE Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	PRINCIPAL O SUPLENTE	Responda SÍ o NO a las siguientes preguntas			
				¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿tiene grado de poder público?	¿tiene vinculo con una persona considerada PEP?

Nota: Si el espacio proporcionado no es suficiente, adjuntar composición accionaria de la empresa

VI. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total activos ?		Total Pasivos		Patrimonio	
Ingresos Mensuales ?		Egresos Mensuales		Otros Egresos	
Concepto de otros ingresos		Información financiera a corte de:			

VII. INFORMACIÓN BANCARIA

Tipo de Cuenta		Entidad Financiera	Sucursal	Teléfono
Corriente	Ahorro			

VIII. REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre	Teléfono	Dirección	Ciudad

IX. DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR

Persona Natural	Persona Jurídica

	HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT: 890.399.047-8	Código:	FT-GERE-028
		Vigencia desde:	marzo 2023
		Versión:	03

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTE SARLAFT/FPADM

1.- Fotocopia del RUT (Actualizado)	1.- Certificado de Existencia y Representación Legal (Empresa Privada)
2.- Fotocopia de la Cédula	2.- Fotocopia de la Cédula del Representante Legal (Empresa Privada)
3.- Declaración de Renta (Últimos dos años)	3.- Acta de Posesión y/o decreto de nombramiento del representante legal (Empresa Pública)
4.- Certificación Bancaria (Fecha de expedición menos a 30 días)	4.- Fotocopia del Rut completo actualizado (Empresa Privada o Pública)
5.- Referencia comercial (dos proveedores)	5.- Declaración de renta de los dos últimos años
6.- Certificado de afiliación como persona natural (Seguridad Social ARL)	6.- Certificado Bancario no mayor a 30 días
	7.- Referencias comerciales (Dos Proveedores)
	8.- Certificado de afiliación como empresa ARL (aplica solo para empleadores)

X. 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 licita 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 obliga actualizarla anualmente.

4.- De manera irrevocable autorizo al Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, 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 base de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario

5.- Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas

6.- Eximimos al Hospital Departamental Mario Correa Rengifo a su Representante Legal 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.

XI. DECLARACIONES ADICIONALES

1.- Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?	SI		NO	
2.- La entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas restrictivas como la lista Clinton?	SI		NO	
3.- Si es persona natural ha sido incluido en listas restrictivas como la DEA, FBI, Interpol o lista Clinton?	SI		NO	

Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes y a los procedimientos del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo sobre el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva SRLAFT/FPADM y del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones:

1.- Que los recursos que comprometo en mi nombre o en nombre de la persona jurídica que represento para la ejecución del negocio jurídico con el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, no provienen de actividades ilícitas contempladas en la Ley Penal o cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique.

2.- Que como persona natural o como representante legal de la empresa cumplo con las normas sobre la prevención y control de lavado de activos y financiación del terrorismo y financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva (LA/FT/FPADM), anticorrupción, antisoborno, anti opacidad y antifraude que resulte aplicable.

3.- Que mi nombre y cedula no se encuentra en las listas de personas reportadas por delitos asociados al lavado de activos, financiación del terrorismo y financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva, soborno y corrupción

4.- Que la empresa ni sus socios accionistas, miembros de junta directiva o representantes legales se encuentran reportados en las listas por delitos asociados al lavado de activos, financiación del terrorismo y financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva, soborno y corrupción.

5.- Que a la fecha no se adelanta ninguna investigación a los socios, junta directiva, representante legales, por los hechos mencionados en los numerales 3 y 4

6.- Que autorizo al Hospital Departamental Mario Correa Rengifo para realizar las verificaciones que considere pertinente en las listas restrictivas y en el caso en que se verifique que la empresa o cualquier miembro de la junta, directivos, socios, representante legal dará facultad al hospital para terminar la relación comercial o jurídica que haya surgido entre las partes; así mismo exonerara al hospital de toda responsabilidad sin dar a lugar a indemnización alguna.

7.- Que se exonera al Hospital Departamental Mario Correa Rengifo de toda responsabilidad por la información suministrada por el contratista.

XII. AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS

Para efectos de la presente autorización, entiéndase:

1.- Que para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende la actividad aseguradora.

2.- Que el Hospital me ha informado de manera expresa :

2.1.- Finalidad del tratamiento de datos personales: nuestros datos serán tratados por el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo para las siguientes finalidades:

2.1.1.- El tramite de nuestra solicitud de vinculación como empleado. Usuario , contratista, contraparte contractual y proveedor

2.1.2.- El proceso de negociación de contratos con el Hospital, incluyendo

2.1.3.- La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre.
2.1.4.- El control y la prevención del fraude.
2.1.5.- Todo lo que involucre la gestión del servicio prestado o contratado.
2.1.6.- Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral
2.1.7.- Envío de la información relativa financiera.
2.1.8.- La prevención y control de lavado de activos y la financiación del terrorismo.
2.1.9.- Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y crediticio.

3.- El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios.
4.- USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a) Las personas jurídicas o de Talento Humano con el fin de verificar la información; b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con el hospital; c) Personas Jurídicas que administren bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes.
5.- TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento.
6.- DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008. En especial el derecho a conocer , actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre nosotros.
7.- RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información es el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo. En todo caso los encargados del tratamiento de los datos que se compartan , transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, serán: todas las personas facultadas por el Hospital para el manejo de la información.
8.- AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos y, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos , por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento.
9.- CERTIFICACION: Manifestamos que la información suministrada por nosotros para las finalidades señaladas en este documento , puede contener datos personales de empleados, proveedores, colaboradores , contratistas o clientes de la entidad, por lo cual certificamos de manera expresa que la misma, ha sido: i) obtenida de acuerdo con lo previsto en la legislación aplicable , particularmente en la Ley 581 de 2012, y ii) que existen las autorizaciones necesarias de acuerdo con los previsto en la legislación aplicable, para el tratamiento y circulación de esta Base de datos por parte de la (s) entidad señalada en este documento.

XIII. FIRMA Y HUELLA

Con la firma del presente documento me comprometo actualizar la información suministrada por lo menos una vez al año, o cuando esta sufra alguna modificación. Así mismo manifiesto que asumo la responsabilidad y consecuencias que se deriven por la no actualización de mi información o por los errores que se presenten en suministro de esta.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento, declarando que conozco las consecuencias legales en caso de que dicha información no sea cierta y veraz.

Se firma a los del mes de del año en la ciudad de

NOMBRE _____ FIRMA

(Persona Natural o Representante Legal si es persona jurídica)

XIV. ESPACIO RESERVADO PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO

FECHA DE VERIFICACIÓN	DÍA MES AÑO	NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	_____	CARGO DE QUIEN VERIFICA	_____

RESULTADO DE QUIEN VERIFICA _____

ACTUALIZACIÓN BASE DE DATOS	SI
	NO

_____
FIRMA