


ANEXO 3 PERSONA NATURAL

		CODIGO	S.I.H. P08 J01		FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT
		VERSION	1		
FECHA	Dic. 29 de 2017		FORMATO		
TIPO	PROCESO		GESTION ADMINISTRATIVA		
SISTEMA O FACTORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN SALUD DEL E.S.S. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUEQUIRÁ					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		Tipo de Cliente o Contraparte		Tipo de Solicitud	
Día Mes Año		Contratista Junta Directiva Proveedor Particular Funcionario Otro ¿Cual?		Vinculación Actualización	
II INFORMACIÓN GENERAL					
PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
				SEGUNDO NOMBRE	
LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE NACIMIENTO	
Día Mes Año		Día Mes Año		Día Mes Año	
C.C. CE TI PAE CD		NO. IDENTIFICACIÓN			
CÉNS. TELEFONO		CÉNS. TELEFONO		CIUDAD	
				DEPARTAMENTO	
				PROFESION	
				OCUPACION (código CIU)	
Responda sí o no a las siguientes preguntas:					
¿Administra recursos públicos? <input type="checkbox"/>					
¿Tiene reconocimiento público? <input type="checkbox"/>					
¿Tiene grado de poder público? <input type="checkbox"/>					
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEI (Personas Políticamente Expuestas)? <input type="checkbox"/>					
III INFORMACIÓN FINANCIERA					
Total activos \$		Total pasivos \$		Patrimonio \$	
Ingresos mensuales \$		Egresos mensuales \$		Otros ingresos \$	
Concepto de otros ingresos		Información financiera a corte de:			
IV INFORMACIÓN BANCARIA					
Tipo de Cuenta		Entidad financiera		Sucursal	
Corriente Ahorros				Teléfono	
V OPERACIONES INTERNACIONALES					
¿Realiza negocios en moneda extranjera?		Tipo de transacciones			
Sí No		Importaciones Exportaciones Inversiones Préstamos Pago de servicios Otros Cual			
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. 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 (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique).					
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUEQUIRÁ a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincula (n) con la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUEQUIRÁ en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUEQUIRÁ de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.					
4. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obliga a actualizarla anualmente.					
5. De manera irrevocable autorizo a la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUEQUIRÁ, 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.					
6. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.					
7. Eximimos a la E.S.E. Hospital Regional de Chiquinquirá, 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.					
VII DECLARACIONES ADICIONALES					
1. He sido sancionado o involucrado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo.		Sí		No	
2. La Entidad o sujeto de sus relaciones han sido incluidos en listas negras de control de la lista Cizrent		Sí		No	
3. He o persona adicional he sido incluido en listas negras de control de la lista Cizrent.		Sí		No	
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 firma el siguiente documento:					
Firma					
[Persona natural o Representante Legal de persona jurídica]					

Con hechos, cuidamos tu vida