



		SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SGSSS		FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT	
		CODIGO	3.1.4.F08.M01		
		VERSION	1		
		FECHA	Dic.29 de 2017		
		TIPO	FORMATO		
		PROCESO			GESTION ADMINISTRATIVA
USO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ					
FECHA DE DIAGNOSTICACIÓN		Tipo de Cliente o Contraparte			Tipo de Solicitud
		Contratista Junta Directiva Proveedor Particular Funcionario Otro ¿Cuál?			Vinculación Actualización
I. INFORMACIÓN GENERAL PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
				TIPO ID	No. IDENTIFICACIÓN
				CC CE TI PAS CO	
LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE NACIMIENTO	
No. TELÉFONO	No. TELÉFONO	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PROFESIÓN	Ocupación (código CIU)
Responda sí o no a las siguientes preguntas					
¿Administra recursos públicos? _____					
¿Tiene reconocimiento público? _____					
¿Tiene grado de poder público? _____					
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP (Personas Políticamente Expuestas)? _____					
II. INFORMACIÓN FINANCIERA					
Total activos \$		Total pasivos \$		Patrimonio \$	
Ingresos mensuales \$		Egresos mensuales \$		Otros ingresos \$	
Concepto de otros ingresos		Información financiera a corte de:			
III. INFORMACIÓN BANCARIA					
Tipo de Cuenta		Entidad Financiera		Sucursal	Teléfono
Corriente Ahorros					
IV. OPERACIONES INTERNACIONALES					
¿Realiza negocios en moneda extranjera?		Tipo de transacciones			
Sí NO		Importaciones Exportaciones Inversiones Préstamos Pago de servicios Otros ¿Cual?			
Productos financieros en moneda extranjera					
Tipo de producto		No. de producto	Entidad	Monto	Ciudad País
V. 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 esto haya lugar, autorizo a la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincula (n) con la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ 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 CHIQUINQUIRÁ 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 obligo a actualizarla anualmente.					
De manera irrevocable autorizo a la E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ, 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.					
5. Los recursos que se derivan del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.					
6. Eximirnos 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 investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?					
				Sí	No
2. La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton?					
				Sí	No
3. Si es persona natural he sido incluido en listas inhibitorias como la lista Clinton?					
				Sí	No
VIII. FIRMA Y HUELLA					
Como constando 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 (Persona natural o Representante Legal si es persona jurídica)					

Con hechos, cuidamos tu vida