

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT PROVEEDORES



Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a la Circular Externa 000009 del 21 de Abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Fecha de diligenciamiento			Tipo de Cliente o Contraparte				Tipo de Solicitud		
día	mes	año	Cliente	Contratista	Prestador IPS	Proveedor	Vinculación		
			Colaborador	Junta Directiva	Accionista	Otro	Actualización		
Ciudad			Regional			Zonal			
I. INFORMACIÓN GENERAL									
PERSONA NATURAL									
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		N° Identificación	
Lugar de expedición		Fecha de expedición		Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento		Dirección	
Teléfono		Celular		Ciudad		Departamento		Profesión	
Correo electrónico		Profesión		Ocupación (código CIIU)					
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?			
PERSONA JURÍDICA									
Razón Social				NIT		Correo electrónico			
Tipo de sociedad:		Anónima		Limitada		S.A.S.		Otra	
Tipo de empresa:		Privada		Pública		Mixta		Sin ánimo de lucro	
Actividad económica principal									
Salud		Farmacéutico		Químico		Industrial		Alimentación	
Transportes		Servicios		Comercial		Financiero		Mercadeo	
Descripción de la actividad económica		Papelería		¿Cual?					
Dirección oficina principal		Teléfono		Celular		Ciudad		Departamento	
Dirección agencia o sucursal		Teléfono		Celular		Ciudad		Departamento	
Representante Legal									
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		N° Identificación	
Lugar de expedición		Dirección		Teléfono		Ciudad			
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?			
Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (adjuntar relación si los campos son insuficientes)									
Razón social o nombres y apellidos		Tipo de documento	N° Documento	% de Participación	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?	
JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACIÓN SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)									
Nombres 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 vínculo con una persona considerada PEP?	
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. REFERENCIAS COMERCIALES									
Nombre			Teléfono		Dirección			Ciudad	

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT PROVEEDORES



Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a la Circular Externa 000009 del 21 de Abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

V. OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo de transacciones							
	Importaciones	Exportaciones	Inversiones	Préstamos	Pago de servicios	Transferencias	Otros	
	¿Cual?							

Productos financieros en moneda extranjera

Tipo de producto	No. de producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):
Mis recursos proviene exclusivamente de mi desempeño de la actividad económica que realizo :
- Tanto 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 o cualquier norma que lo modifique o adicione.
- La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- De manera irrevocable autorizo al Hospital Mental de Antioquia, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar 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.
- 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.
- Eximimos a E.S.E HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA, 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. Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 2. La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 3. Si es persona natural ha sido incluido en listas inhibitorias como la lista Clinton? | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

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 firmo el siguiente documento:

Firma

(Persona natural o Representante Legal si es persona jurídica)



Huella

DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURÍDICA

Nombre de la persona que lo diligencia	Tipo de documento				Número de identificación
	CC	<input type="checkbox"/>	CE	<input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/>
Lugar de expedición	Firma				

Código: GJ-FR-32

Versión: 01

Fecha: 23/12/21