

Código certificado:
Fecha actualización LAFT:
Consecutivo:
Dispositivo:

Latitud:
Longitud:
IP:

Formulario de Conocimiento SARLAFT/FPADM Persona Natural

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a la C.E.009 de 2016 y C.E.005-5 de 2021 expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud

1. MÓDULO DE IDENTIFICACIÓN

- * Nombres y apellidos completos de quién diligencia el formato (Exactamente igual al del documento de identidad):
- * Tipo de identificación:
- * Identificación (Ingrese identificación sin puntos y sin separadores):

2. AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS (HABEAS DATA)

CLAUSULA PARA LA AUTORIZACIÓN DE PROVEEDORES

De conformidad con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y con el Decreto 1074 de 2015, en mi calidad de Persona Natural, autorizo que tanto mis datos personales, como aquellos que sean necesarios, sean incorporados en la base de datos de responsabilidad de la sociedad del HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO, los cuáles serán tratados para las siguientes finalidades: Solicitud de ofertas y propuestas económicas para la adquisición de productos y servicios; para el análisis y viabilidad de cada producto y/o servicio; envío de comunicaciones a través de mensajes de texto y correos electrónico; presentación de informes pertinentes a los diferentes entes de control; revisión y verificación de referencias comerciales; gestiones pre contractuales y contractuales; suministro de información en procesos de auditoría interna y externa que se realicen al interior de la institución; envío de información de los productos, servicios o novedades de la fundación; rastreo en bases de datos restrictivas tales como (policía, procuraduría, contraloría, SARLAFT – Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y las demás que la normatividad colombiana disponga); De igual modo, manifiesto que fui informado que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante el envío de un mensaje al correo electrónico protecciondedatos@hospitalsanrafaelpasto.com.

- * Autorizo:

3. AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN

- * Declaro expresamente que: 1. La información que estoy suministrando en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente, autorizo su verificación ante cualquier persona

pública y privada sin limitación alguna, desde ahora o mientras subsista una relación comercial con el Hospital San Rafael de Pasto o con quien represente sus derechos. 2. En caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximo a el Hospital San Rafael de Pasto como tal de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que hubiera en este documento, o de la violación de este. 3. Autorizo a el Hospital San Rafael de Pasto, o a quien represente sus derechos para que consulte en centrales de riesgo CIFIN, DATACREDITO, COVINOC, COMPUTEC, INCOCREDITO, CREDICHEQUE, FENALCHEQUE, sobre mi trayectoria FINANCIERA, entre otras. :

* Fecha de diligenciamiento:

* Tipo de Tercero:

* Tipo de Solicitud:

4. INFORMACIÓN GENERAL

* Primer Apellido:

* Segundo Apellido:

* Primer Nombre:

* Segundo Nombre:

* Tipo Documento:

* N° de Documento:

* Lugar Expedición del documento:

* Fecha Expedición del documento:

* Lugar de Nacimiento:

* Fecha de Nacimiento:

* Dirección:

* Ciudad:

* Departamento:

* Telefono:

* Celular:

* Correo electrónico:

* Profesión de base:

* Ocupación:

* Otro? cual :

5. ACTIVIDAD ECONOMICA

- * Actividad Económica Principal:
- * Código CIIU:
- * Descripción:
- * Actividad Económica Secundaria:
- * Código CIIU:
- * Descripción:
- * RUT:
- * ¿Administra recursos públicos?:
- * ¿Tiene reconocimiento público?:
- * ¿Tiene grado de poder público?:
- * ¿Tiene vínculo con una persona considerada públicamente expuesta?:

6. INFORMACIÓN FINANCIERA

- * Total Activos \$:
- * Total Pasivos \$:
- * Patrimonio \$:
- * Ingresos Mensuales \$:
- * Egresos Mensuales \$:
- * Otros Ingresos \$:
- * Concepto de Otros Ingresos:
- * Información financiera a corte de::

7. INFORMACIÓN BANCARIA

* Informacion Financiera

Pregunta	Respuesta
Tipo de cuenta	
Entidad Financiera	
Sucursal	
Teléfono	

Pregunta	Respuesta
Tipo de cuenta	
Entidad Financiera	
Sucursal	
Teléfono	

Pregunta	Respuesta
Tipo de cuenta	
Entidad Financiera	
Sucursal	

Pregunta	Respuesta
Teléfono	

Pregunta	Respuesta
Tipo de cuenta	
Entidad Financiera	
Sucursal	
Teléfono	

8. REFERENCIAS COMERCIALES

- * Nombre:
- * Teléfono:
- * Dirección:
- * Departamento:
- * Ciudad:
- * Nombre:
- * Teléfono:
- * Dirección:
- * Departamento:
- * Ciudad:

9. OPERACIONES INTERNACIONALES

- * ¿Realiza Negocios en moneda extranjera?:
- * Otros ¿Cuales?:

10. PRODUCTOS FINANCIEROS EN MONEDA EXTRANJERA

- * ¿Tiene productos financieros en moneda extranjera?:

* Si su respuesta a la pregunta anterior fue si diligencie los siguientes datos

Pregunta	Respuesta
Tipo de Producto	
Nº Producto	
Entidad	
Monto \$	
Ciudad	
País	
Moneda	

Pregunta	Respuesta
----------	-----------

Tipo de Producto	
N° Producto	
Entidad	
Monto \$	
Ciudad	
País	
Moneda	

Pregunta	Respuesta
Tipo de Producto	
N° Producto	
Entidad	
Monto \$	
Ciudad	
País	
Moneda	

Pregunta	Respuesta
Tipo de Producto	
N° Producto	
Entidad	
Monto \$	
Ciudad	
País	
Moneda	

Pregunta	Respuesta
Tipo de Producto	
N° Producto	
Entidad	
Monto \$	
Ciudad	
País	
Moneda	

Pregunta	Respuesta
Tipo de Producto	
N° Producto	
Entidad	
Monto \$	
Ciudad	
País	
Moneda	

11. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

- * 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 o cualquier norma

que lo modifique o adicione.:

- * 3. La información que he suministrado es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente:
- * 4. De manera irrevocable autorizo a. Hospital San Rafael de Pasto 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 deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.:

12. DECLARACIONES ADICIONALES

- * ¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?:
- * ¿La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas inhibitorias como la lista?:

13. FIRMA Y HUELLA

- * Nombre de la persona que lo diligencia:
- * Tipo de Documento:
- * Número de Documento:
- * Lugar de Expedición:

Firma

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento en la fecha

Nombre completo:
Identificación:

