

## EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL GARZÓN - HUILA

NIT: 891.180.026-5

## FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE- PROVEEDORES- PERSONA NATURAL- PERSONA JURIDICA- PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE-PEP MANUAL SARLAFT

ANEXO 1

Fecha:D/M/A Ciudad:	
Marque con Una X: Persona Natural: Persona Jurídica:	
C.C.: Nit. Cedula de Extranjería: Carné Diplomatico: Pasapor	te:
1. Información Básica	
Nombres y Apellidos:	
Razón Social:	
Nombre del representante legal:	No. C.C.
Dirección Residencia:	
Dirección Rep. Legal de la Empresa:	
Ocupación, Oficio O Profesión:	
Teléfono celular o Fijo:	
2. Declaración Voluntaria de Origen de Fondos	
1. ¿Maneja Recursos Públicos y/u ostenta algún grado de poder Público y/o goza de reconocimiento Público?	
Sí No ¿Es servidor Público? Si No	
2. ¿Realiza Operaciones Internacionales? Sí No         IMP       EXP       INV       PRE       ERG       PS       TRA	
Declaro expresamente que: 2.1 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. 2.2 La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla cuando se requiera. 2.3 Los recursos que se deriven de la finalidad de este contrato no se destinarán a la Financiación del Terrorismo.	
Firma(Será la del Representante Legal para Personas Jurídicas)	
Espacio Institucional:	
¿La anterior información fue objeto de consulta en las listas restrictivas de LA/	FT ? SI NO:

Abreviaturas:

PN: Persona Natural; PJ: Persona Jurídica; PEP: Personas Expuestas Públicamente.

IMP: Importaciones; EXP: Exportaciones; INV; Inversiones; PRE: Prestamos; ERG: Envío y/o Recepción Giros; PS: Pago de Servicios; TRA: Transferencias.