

|                                                                                  |                                                                                                                             |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|  | <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL<br/>GARZÓN - HUILA</b><br><b>NIT: 891.180.026-5</b> | <b>Código: A2FO1054</b> |
|                                                                                  | <b>FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO USUARIO PARTICULAR DEPOSITOS EN EFECTIVO<br/>IGUAL O MAYOR A \$5.000.000</b>               | <b>Versión: 02</b>      |
|                                                                                  | <b>Vigencia: 28/05/2021</b>                                                                                                 |                         |

## DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZA EL DEPOSITO EN EFECTIVO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| Primer apellido:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Segundo apellido:                     | Nombre(s):                              |
| <b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b><br>TI. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/><br>C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/><br>Camet Diplomático <input type="checkbox"/><br>No. _____<br>Lugar de expedición: _____<br>Fecha de expedición: <u>DD / MM / AA</u><br><br><b>PERSONA JURÍDICA:</b> _____<br><br><b>NIT:</b> _____ | Dirección de residencia               | Oficio o profesión:                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Teléfono móvil:                       | Empresa donde trabaja:                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Ciudad:                               | Fecha del depósito: <u>DD / MM / AA</u> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Teléfono fijo:                        | Nombre del Cajero:                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | E-mail para notificaciones:           | Firma del Cajero: _____                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Valor o Monto Consignado en Efectivo: |                                         |

## DATOS DEL USUARIO O PACIENTE

|                                                                                                                                                                                                                   |                                         |                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|
| Primer apellido:                                                                                                                                                                                                  | Segundo Apellido:                       | Nombre (s)                               |
| <b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b><br>TI. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/><br>C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/><br>Camet Diplomático <input type="checkbox"/><br>_____ | No. _____<br>Lugar de expedición: _____ | Fecha de expedición: <u>DD / MM / AA</u> |

## DECLARACIONES (persona natural)

**Origen de los recursos:** Declaro que mis recursos provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicionen o modifiquen. Por ende, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incluido en la lista vinculante del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y la lista restrictiva de la OFAC, que no he sido vinculado a investigación ante cualquier autoridad y que el Hospital se encuentra facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinente.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             |                            |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------|
| Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna.<br><br>_____ <b>ESPACIO PARA HUELLA</b><br><br><b>Firma</b><br><b>Nombre:</b><br>P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No.<br>Fecha de firma : <u>DD / MM / AA</u> | <b>VERIFICACIÓN</b>                                                                                                         |                            |        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Hora:                                                                                                                       | Fecha: <u>DD / MM / AA</u> | Lugar: |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nombre del funcionario responsable:                                                                                         |                            |        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No. |                            |        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Firma:                                                                                                                      |                            |        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Cargo:                                                                                                                      |                            |        |
| Se certifica que se llevó a cabo la revisión de las listas con el fin de validar la situación de Persona Públicamente Expuesta PEP Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                             |                            |        |

## OBSERVACIONES

|  |
|--|
|  |
|--|