



Hermanas Hospitalarias

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SARLAFT

DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 009 DE 2016 - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO			CIUDAD	CENTRO	TIPO DE SOLICITUD			
DD	MM	AAAA			NUEVA	<input type="checkbox"/>	ACTUALIZACIÓN	<input type="checkbox"/>

Este formulario debe ser diligenciado por el cliente en letra imprenta, si es **Persona Natural**, diligencie los numerales 1, 3, 4 y 5; Si se trata de **Persona Jurídica**, el Representante Legal diligencia los numerales 2, 3,4 y 5.

1. PERSONA NATURAL										
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRES				
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN						FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN		
Cédula Ciudadanía	<input type="checkbox"/>	Cédula Extranjería	<input type="checkbox"/>	Carnet Diplomático	<input type="checkbox"/>	Pasaporte	<input type="checkbox"/>	No.	<input type="text"/>	
DD	MM	AAAA								
FECHA DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD (1)		NACIONALIDAD (2)		CORREO ELECTRÓNICO				
DD	MM	AAAA								
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA			MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO			TELÉFONO FIJO		TELÉFONO CELULAR		
ACTIVIDAD										
Empleado	<input type="checkbox"/>	Estudiante	<input type="checkbox"/>	Pensionado	<input type="checkbox"/>	otro	<input type="checkbox"/>	Cuál	<input type="text"/>	
				CIU		OCUPACIÓN PROFESIÓN U OFICIO				
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA			CARGO Y ÁREA			DIRECCIÓN		TELÉFONO		

2. PERSONA JURÍDICA										
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			NIT		DV	TIPO DE EMPRESA		ACTIVIDAD ECONÓMICA		CIU
					Pública <input type="checkbox"/>		Privada <input type="checkbox"/>	Mixta <input type="checkbox"/>		
REPRESENTANTE LEGAL	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES					
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN						FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN		
Cédula Ciudadanía	<input type="checkbox"/>	Cédula Extranjería	<input type="checkbox"/>	Carnet Diplomático	<input type="checkbox"/>	Pasaporte	<input type="checkbox"/>	No.	<input type="text"/>	
DD	MM	AAAA								
FECHA DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD (1)		NACIONALIDAD (2)		OCUPACIÓN, OFICIO O PROFESIÓN				
DD	MM	AAAA								
DIRECCIÓN DE OFICINA		TELÉFONO	EXTENSIÓN	CORREO ELECTRÓNICO			DIRECCIÓN RESIDENCIA		TELÉFONO	

IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS O ASOCIADOS CON MÁS DEL 10% DE PARTICIPACIÓN EN LA ENTIDAD

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO ID	NOMBRE	¿Por su actividad o cargo administra o administró recursos públicos?			¿Por su actividad o cargo ejerce o ejerció poder público?			¿Por su actividad o cargo goza de reconocimiento público?			¿Tiene obligaciones tributarias en otros países?, diga cuales		
CC	CE	TI	NIT	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SARLAFT

3. PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEP's)

a	¿Por su actividad o cargo administra o administró recursos públicos?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
b	¿Por su actividad o cargo ejerce o ejerció algún grado de poder público?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
c	¿Por su actividad o cargo goza de reconocimiento público?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
d	¿Es servidor público?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> En qué entidad:
e	¿Realiza operaciones internacionales? (Señale el tipo de operación: importación, exportación, inversiones, préstamos, envío y/o recibo de giros, pago de servicios, transferencias, entre otras)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> Tipo de Operación:

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Yo, _____, identificado con el documento de identidad No. _____, expedido en _____, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es veraz y verificable, realizo la siguiente declaración en cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa No.009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, en la Ley 190 de 1995 "Estatuto Anticorrupción" y demás normas legales concordantes para establecer cualquier tipo de vínculo comercial con HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS. Declaro que:

a	Los recursos que manejo y mis recursos propios provienen de las siguientes fuentes (Detalle de la ocupación, oficio, Profesión, actividad, negocio, etc.) – No usar genéricos como por ejemplo: comerciante).
b	Ingresos adicionales: _____.
c	Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione y/o listas a nivel Internacional por LA/FT.
d	No apoyaré a terceros que efectúen transacciones a nombre mío, con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione y/o listas a nivel Internacional por LA/FT, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con dichas actividades.
e	Comprendo que mi relación con la Congregación se dará por terminada en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento eximiendo a HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, 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.

5. FIRMA Y HUELLA DEL TERCERO

NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FIRMA	HUELLA
NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE LO DIRIGE		IDENTIFICACIÓN	

INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

En la implementación del SARLAFT y de acuerdo a lo exigido por la Superintendencia Nacional de Salud en la circular 009 2016 respecto del conocimiento de los clientes y usuarios, se elabora con la debida diligencia formulario para conocimiento de los clientes y/o contrapartes y usuarios.

Será obligatorio el conocimiento de los clientes y usuarios y en general, las personas naturales y jurídicas que tienen relaciones y operaciones económicas con Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, esta información será recaudada para:

- ✓ Los clientes particulares
- ✓ Proveedores de bienes y servicios
- ✓ Entidades Responsables de Pago (ERP)
- ✓ Donantes

Esta información se conservará como mínimo por un término de cinco (5) años.

Debe ser diligenciada por el cliente o contraparte en letra imprenta.

ENCABEZADO



Centro HHSCJ:

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

Hermanas Hospitalarias

SARLAFT

DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 009 DE 2016 - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO			CIUDAD	CENTRO	TIPO DE SOLICITUD	
DD	MM	AAAA			NUEVA <input type="checkbox"/>	ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/>
Este formulario debe ser diligenciado por el cliente en letra imprenta, si es Persona Natural , diligencie los numerales 1, 3, 4 y 5; Si se trata de Persona Jurídica , el Representante Legal diligencia los numerales 2, 3,4 y 5.						

Logo de la IPS

Centro HHSCJ: Diligencie el número del Centro correspondiente

- ✓ 1 Dirección General
- ✓ 2 Clínica Inmaculada
- ✓ 3 Hospital Mental Nuestra Señora del Perpetuo Socorro
- ✓ 4 Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón

Fecha de diligenciamiento: Este dato corresponde a la fecha en que la IPS recibe físicamente el formulario de conocimiento

Ciudad: corresponde a la ubicación del centro

Centro: Nombre del centro que origina la relación

- ✓ Dirección General
- ✓ Clínica Inmaculada
- ✓ Hospital Mental Nuestra Señora del Perpetuo Socorro
- ✓ Clínica psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón

Tipo de solicitud: Marque con una X si es nueva o actualización de datos

1- PERSONA NATURAL

Esta sección será diligenciada por:

- ✓ Pacientes particulares adjuntando copia del Documento de Identidad
- ✓ Apoderados o pagadores de pacientes particulares adjuntando copia del Documento de Identidad
- ✓ Donantes Persona Natural adjuntando copia del Documento de Identidad
- ✓ Proveedores Persona Natural adjuntando copia del Documento de Identidad y RUT
- ✓ Prestadores de servicio Persona Natural adjuntando a este formulario, copia del Documento de Identidad y RUT

1. PERSONA NATURAL											
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				NOMBRES			
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN								FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN	
<input type="checkbox"/> Cédula Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Cédula Extranjería	<input type="checkbox"/> Carnet Diplomático	<input type="checkbox"/> Pasaporte	No.		DD	MM	AAAA			
FECHA DE NACIMIENTO			NACIONALIDAD (1)		NACIONALIDAD (2)		CORREO ELECTRÓNICO				
DD	MM	AAAA									
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA				MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO				TELÉFONO FIJO		TELÉFONO CELULAR	
ACTIVIDAD											
Empleado	<input type="checkbox"/>	Estudiante	<input type="checkbox"/>	Pensionado	<input type="checkbox"/>	otro	<input type="checkbox"/>	Cuál		CIIU	OCUPACIÓN PROFESIÓN U OFICIO
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA				CARGO Y ÁREA				DIRECCIÓN		TELÉFONO	

De acuerdo a los datos que contiene el documento de identidad diligencie:

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombres:

Documento de Identificación: Marque con una X el tipo de documento y escriba el número

Lugar y fecha de expedición

Fecha de Nacimiento

Solo si cuenta con doble nacionalidad diligencie el campo NACIONALIDAD (2), de lo contrario en NACIONALIDAD (1) diligencie su nacionalidad

Diligencie los datos de contacto

Correo Electrónico

Dirección de Residencia Municipio Y Departamento: ejemplo de dirección rural

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO
FINCA VILLA ALEXANDRA, kilómetro 2 alto la bodega	Granada - Meta

Teléfono Fijo

Teléfono Celular

Actividad Ocupación Profesión u Oficio: Marque con una X si es Empleado, Estudiante, Pensionado u otro, para este caso describa su actividad.

Escriba su ocupación profesión u oficio (Bombero, Carnicero, Enfermera, Arquitecto, Maestro...)

En caso de ser empleado diligencie la información de la empresa donde trabaja.

2- PERSONA JURÍDICA

Esta sección será diligenciada por:

- ✓ Entidades Responsables de Pago (ERP) (Régimen subsidiado, Régimen contributivo, Régimen especial , Aseguramiento Privado y Empresa Social del Estado)
- ✓ Cliente Universidades
- ✓ Cliente por convenio Persona Juridica
- ✓ Donantes Persona Juridica
- ✓ Proveedores Persona Juridica
- ✓ Prestadores de servicio Persona Juridica

Deben acompañar el formato con Copia del RUT, Certificado de Existencias y Representación Legal, Documento de Identidad del Representante Legal y Estados Financieros del último período.

2. PERSONA JURÍDICA														
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				NIT		DV	TIPO DE EMPRESA				ACTIVIDAD ECONÓMICA		CIU	
							Pública	Privada	Mixta					
REPRESENTANTE LEGAL	PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRES							
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN										FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN		
Cédula Ciudadanía		Cédula Extranjería		Carnet Diplomático		Pasaporte	No.			DD	MM	AAAA		
FECHA DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD (1)		NACIONALIDAD (2)		OCUPACIÓN, OFICIO O PROFESIÓN								
DD	MM	AAAA												
DIRECCIÓN DE OFICINA			TELÉFONO		EXTENSIÓN	CORREO ELECTRÓNICO			DIRECCIÓN RESIDENCIA			TELÉFONO		
IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS O ASOCIADOS CON MÁS DEL 10% DE PARTICIPACIÓN EN LA ENTIDAD														
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NUMERO ID		NOMBRE		¿Por su actividad o cargo administra o administró recursos públicos?		¿Por su actividad o cargo ejerce o ejerció poder público?		¿Por su actividad o cargo goza de reconocimiento público?		¿Tiene obligaciones tributarias en otros países?, diga cuales		
CC	CE	TI	NIT			SI	NO	SI	NO	SI	NO			
CC	CE	TI	NIT			SI	NO	SI	NO	SI	NO			
CC	CE	TI	NIT			SI	NO	SI	NO	SI	NO			
CC	CE	TI	NIT			SI	NO	SI	NO	SI	NO			
CC	CE	TI	NIT			SI	NO	SI	NO	SI	NO			

Los datos básicos deben coincidir con el Registro Único Tributario RUT

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				NIT		DV	TIPO DE EMPRESA				ACTIVIDAD ECONÓMICA		CIU	
							Pública	Privada	Mixta					

La información del Representante Legal será tomada del documento de identidad y los datos de contacto actuales.

REPRESENTANTE LEGAL	PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRES							
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN										FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN		
Cédula Ciudadanía		Cédula Extranjería		Carnet Diplomático		Pasaporte	No.			DD	MM	AAAA		
FECHA DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD (1)		NACIONALIDAD (2)		OCUPACIÓN, OFICIO O PROFESIÓN								
DD	MM	AAAA												
DIRECCIÓN DE OFICINA			TELÉFONO		EXTENSIÓN	CORREO ELECTRÓNICO			DIRECCIÓN RESIDENCIA			TELÉFONO		

En la sección de identificación de accionistas o asociados con más del 10% de participación en la entidad, se registra un accionista en cada línea. Seleccione con una X el tipo de documento, diligencie el número de identificación y nombre.

Para dar respuesta a las preguntas marque con una X

SI NO

A la pregunta ¿Tiene obligaciones tributarias en otros países?, escriba el nombre del país en que tiene dichas obligaciones, si no cuenta con obligaciones en otros países deje en blanco.

3- PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEP's)

Esta sección debe ser diligenciada por todos los clientes o contrapartes, marcando con una X en SI NO de acuerdo a si la respuesta es afirmativa o negativa.

4- DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Esta sección debe ser diligenciada por todos los clientes o contrapartes, escribiendo en letra imprenta el nombre, número de identificación y breve descripción de la procedencia de los recursos

Ejemplo:

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS	
Yo,	<u>Dora Cecilia Pérez Pérez</u> , identificado con el documento de identidad No <u>51.000.000</u> , expedido en <u>Bogotá</u> , obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es veraz y verificable, realizo la siguiente declaración en cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa No.009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, en la Ley 190 de 1995 "Estatuto Anticorrupción" y demás normas legales concordantes para establecer cualquier tipo de vínculo comercial con HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS. Declaro que:
a	Los recursos que manejo y mis recursos propios provienen de las siguientes fuentes (Detalle de la ocupación, oficio, Profesión, actividad, negocio, etc.) – No usar genéricos como por ejemplo: comerciante. <u>Ingreso Laboral como Enfermera del Hospital Departamental</u> .
b	Ingresos adicionales: <u>Arrendamiento de vivienda urbana</u> .

5- FIRMA Y HUELLA DEL TERCERO

Se firma, escribe número de cédula y en el cuadro correspondiente se estampa la huella.

El funcionario que guió el diligenciamiento escribe su nombre e identificación y envía el formulario con soportes al Oficial de Cumplimiento, ya sea de forma física a la Cra 7 # 68-70 en Bogotá o de manera electrónica a oficialdecumplimiento@clinicalainmaculada.org.