HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO Empresa Social del Estado	**FORMATO**	META ACREDITACIÓN
		FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2017
	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO USUARIO PARTICULAR DEPOSITOS EN EFECTIVO IGUAL O MAYOR A $ 5.000.000	**VERSIÓN: 01**
		CODIGO: GD-GER-F-001D
		PAGINA: 1 de 1

DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZA EL DEPOSITO EN EFECTIVO

Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombre(s):
DOCUMENTO DE IDENTIDAD TI. ☐ P.P.☐ C.C.☐ C.E. ☐ Carnet Diplomático ☐ No. _____ Lugar de expedición: _____ Fecha de expedición: DD / MM / AA **PERSONA JURÍDICA:** _____ _____ **NIT:** _____	Dirección de residencia	Oficio o profesión:
	Teléfono móvil:	Empresa donde trabaja:
	Ciudad:	Fecha del depósito: DD / MM / AA
	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)
DOCUMENTO DE IDENTIDAD TI. ☐ P.P.☐ C.C.☐ C.E. ☐ Carnet Diplomático ☐ _____	No. _____ Lugar de expedición:	Fecha de expedición: DD / MM / AA

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.

_____ ESPACIO PARA HUELLA

Firma

Nombre:

P.P.☐ C.C.☐ C.E. ☐ T.I. ☐ No.

Fecha de firma : DD / MM / AA

VERIFICACIÓN

Hora:	Fecha: DD / MM / AA	Lugar:
Nombre del funcionario responsable:		
P.P.☐ C.C.☐ C.E. ☐ T.I. ☐ 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 ☐ No ☐		

OBSERVACIONES