|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERSONA NATURAL** | | | | | | | | | | |
| Primer apellido: | | Segundo apellido: | | | | | | Nombre(s): | | |
| **DOCUMENTO DE IDENTIDAD**  C.C  C.E.  T.I. P.P.  Carnet Diplomático  No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Lugar de expedición: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de expedición: **DD / MM / AA** | | | Fecha de nacimiento: **DD / MM / AA** | | | | Oficio, profesión: | | | |
| Lugar de nacimiento: | | | | | | | |
| Dirección de residencia: | | | | | | | |
| Ciudad: | | | | Cargo: | | | |
| Teléfono fijo: | | | | Teléfono móvil: | | | |
| E-mail para notificaciones: | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA** | | | | | | | | | | |
| Patrimonio (Pesos): | | | | | | Pasivos (Pesos): | | | | |
| Activos (Pesos): | | | | | | Egresos mensuales (Pesos): | | | | |
| Ingresos mensuales (Pesos): | | | | | | Otros ingresos (Pesos): | | | | |
| Concepto/otros ingresos: | | | | | | | | | | |
| Declarante de renta: Si  No  Régimen general  Régimen especial | | | | | | | | | | |
| **Activos:** Son todos aquellos bienes y derechos (vehículos, dinero en efectivo bien raíces, terrenos, Cdt´s, inversiones, acciones) que se poseen independiente a que se deban o no. **Pasivos:** Representa todas nuestras deudas con las diferentesentidades bancarias o con terceros. **Patrimonio:** Son todos aquellos bienes que son de nuestra propiedad, de los cuales no se tiene ninguna deuda. | | | | | | | | | | |
| **PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE** | | | | | | | | | | |
| ¿Por su cargo o actividad maneja o manejó recursos públicos?  Sí  No | | | | | ¿Por su cargo o actividad ejerce o ejerció algún grado de poder público? Sí  No | | | | | |
| ¿Por su cargo o actividad goza o gozó de reconocimiento público?  Sí  No | | | | | En caso de respuesta afirmativa, especifique: | | | | | |
| ¿Existe un vínculo entre usted y una persona políticamente expuesta Sí  No  / Indique en caso de respuesta afirmativa (nombre completo e identificación) | | | | | | | | | | |
| **NOTA:**  Dando cumplimiento a lo establecido por el Decreto 830 del 2021 donde regula que, durante el ejercicio del cargo y por dos años más desde la dejación, renuncia, despido o declaración de insubsistencia del nombramiento, o de cualquier otra forma de desvinculación, o terminación del contrato se catalogará como Persona Expuesta Políticamente.  **NOTA 1: En** caso de presentar respuesta afirmativa, favor diligenciar el FORMATO DE CONOCIMIENTO AMPLIADO DE PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE. | | | | | | | | | | |
| **OPERACIONES INTERNACIONALES** | | | | | | | | | | |
| ¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Sí  No  ¿En caso afirmativo, señale que tipo de transacciones?  Importaciones  Exportaciones  Inversiones  Préstamos  Envío y/o Recepción de Giros  Pago de Servicios  Transferencias  Otras ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| ¿Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera? Sí  No  En caso afirmativo, indique: | | | | | | | | | | |
| **Tipo de producto** | **No. del producto** | **Entidad** | | **Monto** | | | **Moneda** | | **Ciudad** | **País** |
|  |  |  | |  | | |  | |  |  |
| **ANEXO DE DOCUMENTOS** | | | | | | | | | | |
| Una (1) fotocopia del documento de identidad. | | | | | | | | | | |
| Declaración de renta de los dos últimos años (si aplica) | | | | | | | | | | |
| Declaración de Bienes y Rentas de la plataforma SIGEP 2. | | | | | | | | | | |
| **AUTORIZACIONES** | | | | | | | | | | |
| Autorizo en forma previa, expresa e informada a la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva (Huila), el tratamiento de mis datos personales incluidos los sensibles, para que soliciten, procese, verifiquen, consulten y reporten al órgano competente conforme a la ley 1581 del 2018, C.E. 009 de 2016 y C.E 20211700000005-5/2021 expedida por la Supersalud y la normatividad vigente.  **Si** ☐ **No** ☐**.** | | | | | | | | | | |
| **CLAUSULA DE PROTECCION DE DATOS** | | | | | | | | | | |
| De conformidad con lo dispuesto en el **articulo 4 de la ley 1581/2012** por medio del cual menciona los principios para el tratamiento de datos personales, en su numeral “*h) Principio de confidencialidad: Todas las personas que intervengan en el Tratamiento de datos personales que no tengan la naturaleza de públicos están obligadas a garantizar la reserva de la información, inclusive después de finalizada su relación con alguna de las labores que comprende el Tratamiento, pudiendo sólo realizar suministro o comunicación de datos personales cuando ello corresponda al desarrollo de las actividades autorizadas en la presente ley y en los términos de la misma”.*  Para efectos de la presente autorización, entiéndase que los datos personales solicitados en el presente formato de conocimiento del cliente y/o contraparte – SARLAFT/FPADM son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud para prevenir y controlar el Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la proliferación de armas de destrucción masiva- LA/FT/FPADM. | | | | | | | | | | |
| **DECLARACIONES** | | | | | | | | | | |
| En aplicación al Manual del Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva aprobado por la Junta Directiva mediante acuerdo 0013/2022 del 27 de mayo de 2022, la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO, llevará a cabo la consulta de alertas y Debida diligencia (SI APLICA), así como el seguimiento y monitoreo esencial para controlar los riesgos LAFT/FPADM que pudiese llegar a tener la Institución Hospitalaria con motivo de relaciones contractuales con contrapartes que presenten alertas restrictivas y vinculantes para de esta manera, llevar a cabo el debido proceso de acuerdo a los resultados que se obtengan. Entre estos pudieren estar:  \* Aparezcan vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por LA/FT/FPADM y sus delitos fuente; además por delitos como testaferrato, corrupción, opacidad o fraude.  \* Sean incluidos en listas vinculantes de acuerdo con lo estipulado en la C.E. 009 de 2016 y C.E 20211700000005-5/2021- SARLAFT/FPADM de la Superintendencia Nacional de Salud.  \* Sean condenados por parte de las autoridades competentes por cualquiera de los delitos fuente del Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la proliferación de armas de destrucción masiva- LA/FT/FPADM, corrupción, opacidad o fraude descritos en el Código Penal Colombiano.  DECLARO QUE:  1.La información que he suministrado en este formato es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO.  2.Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.  3.Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional. | | | | | | | | | | |
| **ORIGEN DE LOS RECURSOS** | | | | | | | | | | |
| 1.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.  Eximimos a la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, su representante legal y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento. | | | | | | | | | | |
| 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 para fines, en cumplimiento de la norma y atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud para prevenir y controlar LAFT/FPADM, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado.  **ESPACIO PARA HUELLA**  **Firma**  **Nombre:**  P.P.☐ C.C.☐ C.E. ☐ T.I. ☐ C.D ☐ No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO: DD / MM / AA | | | | | | | | | | |
| **VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN**  **(Firma y fecha de quien verifica la SIMILITUD entre la información consignada en el presente Formato Único del Conocimiento y los documentos anexos)** | | | | | | | | | | |
| **FECHA DE VERIFICACIÓN: DD / MM / AA**  **NOMBRE Y CARGO DE QUIEN VERIFICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | |
| **OBSERVACIONES: FIRMA:** | | | | | | | | | | |