|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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. C.C.☐ C.E. ☐ Carnet Diplomático  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. C.C.☐ C.E. ☐ Carnet Diplomático  Carnet Diplomático ☐  No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Lugar de expedición: | | Fecha de expedición: **DD / MM / AA** |
| **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** Forma  **Firma**  **Nombre:**  P.P.☐ C.C.☐ C.E. ☐ T.I. ☐ C.D ☐ No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO: DD / MM / AA | | | |
| **VERIFICACION 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:** | | | |