

II. INFORMACIÓN FINANCIERA						
Total activos				Total pasivos		
Ingresos mensuales				Egresos mensuales		
Otros ingresos (Diferentes a su actividad económica principal)			Concepto de otros ingresos		Patrimonio	
Información financiera a corte de: DD MM AAAA						
III. INFORMACIÓN BANCARIA						
Tiene referencias financieras Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/>		Banco		Sucursal		Teléfono
Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/>		Banco		Sucursal		Teléfono
IV. REFERENCIAS COMERCIALES						
Nombre		Teléfono		Dirección		Ciudad
Nombre		Teléfono		Dirección		Ciudad
V. OPERACIONES INTERNACIONALES						
¿Realiza negocios en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tipo de transacciones				
		Importaciones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Préstamos <input type="checkbox"/> Pago de servicios <input type="checkbox"/> Transferencias <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>				
Productos financieros en moneda extranjera						
Tipo de producto	No. de producto	Banco	Monto	Ciudad	País	Moneda
VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS						
Declaro expresamente que: 1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.): _____ 2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione. 3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente. 4. De manera irrevocable autorizo a la ESE Hospital Universitario de La Samaritana, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario. De encontrarse alguna inconsistencia en los anteriores datos, autorizo para que de manera unilateral sean cancelados los vínculos con la ESE Hospital Universitario de La Samaritana. 5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. 6. Eximimos a la ESE Hospital Universitario de La Samaritana, sus representantes legales y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo. 7. Declaro que autorizo a la Institución para denegar mi propuesta en caso de aparecer reportado en las Listas restrictivas vinculantes e informativas de acuerdo al Manual de Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y la Financiación al Terrorismo (SARLAFT) de la Institución y el pliego de condiciones.						
VII. DECLARACIONES ADICIONALES						
1. ¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2. ¿La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas restrictivas como la OFAC o lista Clinton, entre otras? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3. ¿Si es persona natural ha sido incluido en listas restrictivas como la OFAC o lista Clinton, entre otras? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
VIII. FIRMA Y HUELLA						
Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento: <div style="float: right; border: 1px solid black; border-radius: 15px; width: 100px; height: 100px; margin-top: 20px;"></div>						
_____ Firma (Persona natural, si es persona jurídica firma del Representante Legal)						Huella
Fecha diligenciamiento del formulario DD MM AAAA		Nombre del funcionario que lo diligencia:			Firma del funcionario	
Tipo documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		N° Identificación: <input type="checkbox"/>			Lugar de Expedición:	