

5. PERSONAS PEP's

- ¿Por su cargo maneja recursos Públicos? SI NO
- ¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SI NO
- ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI NO Indique
- ¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? SI NO Indique
- ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI NO

6. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACION CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro Expresamente que:

- Los recursos que Poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupacion, oficio, actividad, negocio, etc) _____
- Tanto mi actividad, profesion u oficio es licita y la ejerzo dentro del Marco Legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilicitas de las contempladas en elCodigo Penal Colombiano.
- La informacion que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- De manera irrevocable autorizo al HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUEIRA, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga relación comercial vigente ó que se encuentre debidamente autorizada para administrar o manejar base de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la informacion contenida en este formulario.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiacion del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

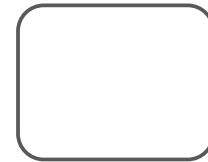
7. INFORMACION BANCARIA

ENTIDAD	SUCURSAL Y TELEFONO	TIPO DE CUENTA	CUENTA NUMERO

8. 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:

Firma del Representante Legal del proveedor ó Empleado



Huella