EGAT Entidad de Gestión Administrativa y Técnica Gestión - Transparencia - Progreso	PROCESO DE EVALUACIÓN SEGUIMIENTO Y CONTROL	CÓDIGO: PACI-FR-19
	PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN DE CONTRAPARTES	FECHA: 16/03/2021
	FORMULARIO SARLAFT PERSONA JURÍDICA	VERSIÓN: 3

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA DILIGENCIAMIENTO:	05 DE MAYO DE 2021	CIUDAD:	BOGOTÁ	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN QUE REALIZARÁ CON EGAT (MARCA CON X)

ASEGURADOR ☐	PROVEEDOR ☑	CONTRATISTA ☐	PARTICULAR ☐	OTRO ☐	CUAL:

I. PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL	SICMAFARMA S.A.S.	NIT:	900.332.426-3
CORREO ELECTRÓNICO	licitaciones@sicmafarma.com		

REPRESENTANTE LEGAL:

TIPO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:
C.C. ☑ PASAPORTE ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ CUAL:	SABOGAL	MARTINEZ	LUPERLY
NUMERO DOCUMENTO	**LUGAR DE EXPEDICIÓN**	**FECHA EXPEDICION DD/MM/AAAA**	
24.580.608	CALARCÁ - QUINDÍO	30/11/1987	

DIRECCION DOMICILIO	CIUDAD/MUNICIPIO	PAÍS	TELÉFONO/CELULAR
CARRERA 19 # 120 - 71 OFICINA 515	BOGOTÁ	COLOMBIA	(1) 3560977 - 3168768601

TIPO DE EMPRESA	ACTIVIDAD ECONÓMICA			TIPO DE SOCIEDAD	
PUBLICA ☑	INDUSTRIAL ☐	AGRÍCOLA ☐	SERVICIOS FINANCIEROS ☐	ANÓNIMA	☐
MIXTA ☐	COMERCIAL ☑	FARMACÉUTICA ☑	OTRA ☐	LIMITADA	☐
PRIVADA ☐	ASEGURADOR ☐	TRANSPORTES ☐	CUAL:	S.A.S.	☑
EXTRANJERA ☐	SERVICIOS ☐	SERVICIOS DE SALUD ☐		OTRA:	

DIRECCION PRINCIPAL EMPRESA:	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	TELÉFONO/FAX
CARRERA 19 # 120 - 71 OFICINA 515	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	(1) 3560977

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

RENTA/CREE	SI	NO	IVA	SI	NO	I.C.A.	SI	NO	CÓDIGOS CIIU PRINCIPAL	CÓDIGOS CIIU SECUNDARIA
	☑	☐		☐	☑				4645	4659
GRAN CONTRIBUYENTE	**SI**	**NO**	**AGENTE RETENEDOR**	**SI**	**NO**				**AGENTE AUTORRETENEDOR**	**SI / NO**
	☐	☑		☐	☑		☑	☐		☑ / ☐

II. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS	SI ☐	NO ☑
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO	SI ☐	NO ☑
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL	SI ☐	NO ☑
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA	SI ☐	NO ☑

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

III. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN

NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACIÓN	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO IDENTIFICACIÓN
INVERSIONES SICMAFARMA SpA	100%	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☑ OTRO ☐	76.082.958-7
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	
		C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐ OTRO ☐	

IV. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	$ 2.268.684.648	ACTIVOS TOTALES	$ 21.163.527.888
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	$ 33.479.813	PASIVOS TOTALES	$ 11.087.639.821
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	$ 1.862.103.992	PATRIMONIO	$ 10.075.888.067
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	$ 85.799.237		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:	REINTEGRO DE COSTOS Y GASTOS		

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☑ NO ☐

IMPORTACIONES	☑	EXPORTACIONES	☑	INVERSIONES	☐
OPERACIONES DE REDESCUENTO	☐	LEASING	☐	TRASFERENCIAS	☑
PRESTAMOS MONEDA EXTRANJERA	☐	PAGOS SERVICIOS	☐	OTRAS	☑

Especifique cual: GIROS

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAÍS	MONEDA
CORRIENTE	80100001419	BANCOLOMBIA PANAMA	USD 250.000	PANAMA	PANAMA	USD

EGAT Entidad de Gestión Administrativa y Técnica Gestión - Transparencia - Progreso	**PROCESO DE EVALUACIÓN SEGUIMIENTO Y CONTROL**	**CÓDIGO:** PACI-FR-19
	PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN DE CONTRAPARTES	**FECHA**: 16/03/2021
	FORMULARIO SARLAFT PERSONA JURÍDICA	**VERSIÓN:** 3

VI. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

ACTIVIDADES LICITAS, ORIGEN DE LA VENTA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectúan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilícitas de conformidad con el Código Penal Colombiano.
3. La información suministrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando así se requiera.
4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia del documento de identificación del Representante legal de la Empresa.
4. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.
APODERADO
Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

VIII. AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, La Entidad de Gestión Administrativa y Técnica EGAT , con Nit 901.036.590 -8, ubicada en la Calle 13 No 31 - 96 Piso 2, teléfono 2479553 / 3124496925.
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
B. Que la Entidad de Gestión Administrativa y Técnica EGAT, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la Entidad, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la entidad, incluyendo la determinación de tarifas, análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la Entidad. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por la citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.
3. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
4. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.
5. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
6. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información es la EGAT cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e)
7. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizar, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERÍDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



LUPERLY SABOGAL MARTINEZ
REPRESENTANTE LEGAL
SICMAFARMA S.A.S

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

XI. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

1. Fecha		**2. Ciudad**		**3. Plataforma**	
4. Nombre de quien verifica:				**5. Cargo:**	
6. Área:				**7. Observaciones:**	
8. Resultado de la Verificación:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐			
9. Firma:					