EGAT	PROCESO DE EVALUACIÓN SEGUIMIENTO Y CONTROL	CÓDIGO: PESC-VC-F1
	PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN DE CONTRAPARTES	FECHA: 27/11/2020
	FORMULARIO SARLAFT PERSONA NATURAL	VERSIÓN: 3

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

FECHA DILIGENCIAMIENTO:	08/08/2022	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

PROVEEDOR [X] CLIENTE [ ] CONTRATISTA OPS [ ] SERVIDOR PUBLICO [ ] OTRO [ ] CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CAMACHO	MONTOYA	MANUEL	IGNACIO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN	FECHA EXPEDICIÓN
C.C. [X] C.E. [ ] T.I. [ ] NUIP [ ] PASAPORTE [ ] OTRO [ ] CUAL:	No 79.568.251	BOGOTA	17/11/2022

FECHA NACIMIENTO	LUGAR NACIMIENTO	PAÍS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
05/02/1971	MEDELLIN	COLOMBIA	COLOMBIANO

DIRECCION RESIDENCIA	CIUDAD / DEPARTAMENTO RESIDENCIA	PAÍS RESIDENCIA	TELÉFONO/CELULAR
TRANSVERSAL 23 # 93-23	BOGOTA	COLOMBIA	7447300

CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA
flor.quintero@grupoamarey.com	www.grupoamarey.com	PROPIA [ ] FAMILIAR [ ] ARRENDADA [ ]

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	PARENTESCO
SOLTERO(A) [ ] CASADO(A) [ ] DIVORCIADO(A) [X] UNIÓN LIBRE [ ] VIUDO(A) [ ]	NA	NA

DATOS DEL CÓNYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NA	NA	NA	NA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NUMERO IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN	FECHA EXPEDICIÓN
NA	NA	NA	NA

2. INFORMACIÓN FORMACIÓN ACADÉMICA / ACTIVIDAD ECONÓMICA

MAGISTER [ ] POSGRADO [X] UNIVERSITARIO [ ] BACHILLER [ ] PRIMARIA [ ] — PROFESIÓN / OFICIO: NA

ACTIVIDADES QUE LE GENERAN INGRESOS (MARCA CON X)

ASALARIADO [X] ESTUDIANTE [ ] HOGAR [ ] PENSIONADO [ ]
SOCIO [ ] CONTRATISTA [ ] COMERCIANTE [ ] EMPLEADO PUBLICO [ ]
PROFESIONAL INDEPENDIENTE [ ] EMPLEADO SOCIO [ ] OTRA .... [ ]
CUAL:

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO / FAX
TRANVERSAL 23 # 93-23	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	7447300

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD
NA	NA	4659	COMERCIO DISPOSITIVOS MEDICOS		PRIVADA

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARA RENTA	IVA	ICA	CÓDIGOS CIIU - ACTIVIDAD ECONÓMICA
	SI [X] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	PRINCIPAL: 4659 SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE	AGENTE RETENEDOR	AGENTE AUTORRETENEDOR
SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA
SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	UCIPHARMA SA

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA	TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
TRANSVERSAL 23 # 93-23	7447300	BOGOTA	CUNDINMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	FECHA VINCULACIÓN(AAAA/MM/DD)
REPRESENTANTE LEGAL (s)	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA ($ PESOS)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$	GASTOS FAMILIARES	$	AHORROS	$	SALDO HIPOTECA	$
HONORARIOS	$	ARRIENDOS	$	INVERSIONES	$	TARJETAS DE CRÉDITO	$
ARRIENDOS	$	CUOTA VEHÍCULO	$	VEHÍCULOS	$	DEUDA VEHÍCULOS	$
COMISIONES	$	CUOTA VIVIENDA	$	PROPIEDADES	$	DEUDAS TERCEROS	$
OTROS INGRESOS*	$	OTROS EGRESOS*	$	OTROS ACTIVOS*	$	OTROS PASIVOS*	$
TOTAL INGRESOS	$	TOTAL EGRESOS	$	TOTAL ACTIVOS	$	TOTAL PASIVOS	$
* DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		* DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		* DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		* DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	

REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [X]

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

IMPORTACIÓN [ ] EXPORTACIÓN [ ] TRANSFERENCIAS [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] OTRA [ ] CUAL:

4. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS / FONDOS

Quien suscribe el presente formulario, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fuentes de los recursos que manejo para que la **Entidad de Gestión Administrativa y Técnica EGAT** los verifique, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que la información que suministré a la **Entidad de Gestión Administrativa y Técnica - EGAT,** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano. **3.** La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarlo anualmente. **4.** De manera irrevocable autorizo a la Entidad de Gestión Administrativa y Técnica EGAT, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente. **5.** Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. **6.** Eximimos a la Entidad de Gestión Administrativa y Técnica EGAT, su representante legal y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiera proporcionado en este documento o en la violación del mismo. **7.** Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueron requeridos por la EGAT.

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS(ÚNICAMENTE POR SOLICITUD)

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente / Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original **Certificado de Existencia y Representación Legal** con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario **RUT.**
3. Fotocopia Inscripción en el **RIT Distrital.**
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia **Declaración de Renta** del ultimo periodo gravable declarado (si está obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

6. AUTORIZACIÓN DEL USO DE LA INFORMACIÓN

AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAÍSES.

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.

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 2479552 /3124496925.

1. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la Corporación b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la EGAT adelante gestiones para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos. **2.** TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento. **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 autorizado, 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.

7. 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 EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.

Firma Cliente



Huella Índice Derecho

8. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

1. Fecha	**2. Ciudad**	**3. Plataforma Utilizada**	
4. Nombre de quien verifica:		**5. Área**	
6. Resultado de la verificación	FAVORABLE ☐ DESFAVORABLE ☐	**7. Observaciones:**	
8. Firma y Cedula del Verificador:			