

 <small>Entidad de Gestión Administrativa y Técnica</small> <small>Gestión - Transparencia - Progreso</small>	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:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN QUE REALIZARÁ CON EGAT (MARCA CON X)					
PROVEEDOR <input type="checkbox"/>	CLIENTE <input type="checkbox"/>	CONTRATISTA OPS <input type="checkbox"/>	SERVIDOR PUBLICO <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	CUAL:
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN			LUGAR EXPEDICIÓN		FECHA EXPEDICIÓN
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:					
FECHA NACIMIENTO		LUGAR NACIMIENTO		PAÍS NACIMIENTO	
DIRECCION RESIDENCIA		CIUDAD / DEPARTAMENTO RESIDENCIA		PAÍS RESIDENCIA	
CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO			PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA
					PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO		PARENTESCO
SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/>					
DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NUMERO IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN	
2. INFORMACIÓN FORMACIÓN ACADÉMICA / ACTIVIDAD ECONÓMICA					
MAGISTER <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/>				PROFESIÓN / OFICIO	
ACTIVIDADES QUE LE GENERAN INGRESOS (MARCA CON X)					
ASALARIADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/>				CUAL:	
SOCIO <input type="checkbox"/> CONTRATISTA <input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> EMPLEADO PUBLICO <input type="checkbox"/>					
PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/>					
EMPLEADO SOCIO <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>					
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD		DEPARTAMENTO	
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	
				DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	
				FECHA CONSTITUCIÓN	
				TIPO SOCIEDAD	
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE		DECLARA RENTA		CÓDIGOS CIIU - ACTIVIDAD ECONÓMICA	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		IVA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
				ICA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
				PRINCIPAL SECUNDARIA	
GRAN CONTRIBUYENTE		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		AGENTE RETENEDOR	
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
				AGENTE AUTORRETENEDOR	
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	
CARGO ACTUAL				FECHA VINCULACIÓN(AAAA/MM/DD)	
3. INFORMACIÓN FINANCIERA (\$ PESOS)					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
SALARIOS \$		GASTOS FAMILIARES \$		AHORROS \$	
HONORARIOS \$		ARRIENDOS \$		INVERSIONES \$	
ARRIENDOS \$		CUOTA VEHICULO \$		VEHÍCULOS \$	
COMISIONES \$		CUOTA VIVIENDA \$		PROPIEDADES \$	
OTROS INGRESOS* \$		OTROS EGRESOS* \$		OTROS ACTIVOS* \$	
TOTAL INGRESOS \$		TOTAL EGRESOS \$		TOTAL ACTIVOS \$	
* DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		* DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		* DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	
REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	
				SUCURSAL	
				TELÉFONO	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	
				PAÍS/CIUDAD	
				MONEDA	
				MONTO PROMEDIO	
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:					
IMPORTACIÓN <input type="checkbox"/> EXPORTACIÓN <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRESTAMOS <input type="checkbox"/> PAGO SERVICIOS <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>					
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 lícita 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 destinarán 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 tratan 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 capítulo 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 mí. 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 lo 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.			
<div>Firma Cliente</div>		<div>Huella Índice Derecho</div>	
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 <input type="checkbox"/> DESFAVORABLE <input type="checkbox"/>	7. Observaciones:	
8. Firma y Cedula del Verificador:			