

		<b>PROCESO DE AUDITORÍA Y CONTROL INTERNO</b>		<small>CÓDIGO: FACI-FR-19</small>		
		<b>FORMULARIO SARLAFT PERSONA JURÍDICA</b>		<small>FECHA: 18/11/2011</small>		
				<small>VERSIÓN: 4</small>		
<b>SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT</b>						
<small>FECHA INGRESO/EMISIÓN:</small>		<small>Ciudad:</small> <b>BOGOTÁ</b>		<small>DEPARTAMENTO:</small> <b>CUNDINAMARCA</b>		
<small>CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN QUE REALIZARÁ CON EGAT (MARCA CON X)</small>						
<small>ASEGURADOR</small> <input type="checkbox"/>		<small>PROVEEDOR</small> <input type="checkbox"/>		<small>CONTRATISTA</small> <input type="checkbox"/>		
<small>PARTICULAR</small> <input type="checkbox"/>		<small>OTRO</small> <input type="checkbox"/>		<small>CUAL:</small>		
<b>I. PERSONA JURÍDICA</b>						
<small>RAZÓN SOCIAL:</small> <b>ASISTENCIA TÉCNICA DENTAL SA S</b>		<small>NT:</small> <b>900143883-5</b>				
<small>CORREO ELECTRÓNICO:</small>						
<small>REPRESENTANTE LEGAL:</small>	<small>TIPO DE DOCUMENTO:</small>		<small>PRIMER APELLIDO:</small>		<small>SEGUNDO APELLIDO:</small>	
	<small>C.C.</small> <input checked="" type="checkbox"/> <small>PASAPORTE</small> <input type="checkbox"/>		<b>ARBELAEZ</b>		<b>VILLARRAGA</b>	
	<small>C.E.</small> <input type="checkbox"/> <small>OTRO</small> <input type="checkbox"/>		<small>NUMERO DOCUMENTO:</small>		<small>LUGAR DE EXPEDICIÓN:</small>	
	<small>CUAL:</small>		<b>BO. 032.095</b>		<b>BOGOTÁ</b>	
	<small>DIRECCIÓN DOMICILIO:</small>		<small>Ciudad/Municipio:</small>		<small>PAÍS:</small>	
<b>CRA 74 B # 51 A 06</b>		<b>BOGOTÁ</b>		<b>COLOMBIA</b>		
<small>TELEFONO CELULAR:</small>		<b>3112931358</b>				
<b>ACTIVIDAD ECONÓMICA</b>						
<small>TIPO DE EMPRESA:</small>		<small>TIPO DE SOCIEDAD:</small>				
<small>PÚBLICA</small> <input type="checkbox"/>		<small>INDUSTRIAL</small> <input type="checkbox"/>		<small>AGRICOLA</small> <input type="checkbox"/>		
<small>MIXTA</small> <input type="checkbox"/>		<small>COMERCIAL</small> <input type="checkbox"/>		<small>FARMACÉUTICA</small> <input type="checkbox"/>		
<small>PRIVADA</small> <input checked="" type="checkbox"/>		<small>ASEGURADOR</small> <input type="checkbox"/>		<small>TRANSPORTES</small> <input type="checkbox"/>		
<small>EXTRANJERA</small> <input type="checkbox"/>		<small>SERVICIOS</small> <input checked="" type="checkbox"/>		<small>SERVICIOS DE SALUD</small> <input type="checkbox"/>		
<small>DIRECCIÓN PRINCIPAL EMPRESA:</small>		<small>Ciudad/Municipio:</small>		<small>DEPARTAMENTO:</small>		
<b>CRA 74 B # 51 A 06</b>		<b>BOGOTÁ</b>		<b>CUNDINAMARCA</b>		
<small>PAÍS:</small>		<small>TELEFONO/FAX:</small>				
<b>COLOMBIA</b>		<b>3019333</b>				
<b>INFORMACIÓN TRIBUTARIA</b>						
<small>RENTA/CEE</small>		<small>IVA</small>		<small>LCA</small>		
<small>SI</small> <input checked="" type="checkbox"/> <small>NO</small> <input type="checkbox"/>		<small>SI</small> <input checked="" type="checkbox"/> <small>NO</small> <input type="checkbox"/>		<small>SI</small> <input type="checkbox"/> <small>NO</small> <input checked="" type="checkbox"/>		
<small>GRAN CONTRIBUYENTE</small>		<small>AGENTE RETENEDOR</small>		<small>AGENTE AUTORETENEDOR</small>		
<small>SI</small> <input type="checkbox"/> <small>NO</small> <input checked="" type="checkbox"/>		<small>SI</small> <input checked="" type="checkbox"/> <small>NO</small> <input type="checkbox"/>		<small>SI</small> <input type="checkbox"/> <small>NO</small> <input checked="" type="checkbox"/>		
<b>II. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEPE)</b>						
<small>POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS</small>						
<small>SI</small> <input type="checkbox"/> <small>NO</small> <input checked="" type="checkbox"/>						
<small>POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO O TIPO DE PODER PÚBLICO</small>						
<small>SI</small> <input type="checkbox"/> <small>NO</small> <input checked="" type="checkbox"/>						
<small>POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL</small>						
<small>SI</small> <input type="checkbox"/> <small>NO</small> <input checked="" type="checkbox"/>						
<small>ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA</small>						
<small>SI</small> <input type="checkbox"/> <small>NO</small> <input checked="" type="checkbox"/>						
<small>Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:</small>						
<b>III. IDENTIFICACIÓN DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN</b>						
<small>NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)</small>		<small>% PARTICIPACIÓN</small>		<small>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</small>		
<b>MARIO FERNANDO ARBELAEZ VILLARRAGA</b>		<b>50%</b>		<small>C.C.</small> <input checked="" type="checkbox"/> <small>C.E.</small> <input type="checkbox"/> <small>T.J.</small> <input type="checkbox"/> <small>NT</small> <input type="checkbox"/> <small>OTRO</small> <input type="checkbox"/>		
<b>MARIO ARBELAEZ JIMENEZ</b>		<b>50%</b>		<small>C.C.</small> <input checked="" type="checkbox"/> <small>C.E.</small> <input type="checkbox"/> <small>T.J.</small> <input type="checkbox"/> <small>NT</small> <input type="checkbox"/> <small>OTRO</small> <input type="checkbox"/>		
				<small>C.C.</small> <input type="checkbox"/> <small>C.E.</small> <input type="checkbox"/> <small>T.J.</small> <input type="checkbox"/> <small>NT</small> <input type="checkbox"/> <small>OTRO</small> <input type="checkbox"/>		
				<small>C.C.</small> <input type="checkbox"/> <small>C.E.</small> <input type="checkbox"/> <small>T.J.</small> <input type="checkbox"/> <small>NT</small> <input type="checkbox"/> <small>OTRO</small> <input type="checkbox"/>		
				<small>C.C.</small> <input type="checkbox"/> <small>C.E.</small> <input type="checkbox"/> <small>T.J.</small> <input type="checkbox"/> <small>NT</small> <input type="checkbox"/> <small>OTRO</small> <input type="checkbox"/>		
<b>IV. INFORMACIÓN FINANCIERA</b>						
<small>INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES</small>		<small>ACTIVOS TOTALES</small>				
<b>\$ 85.523.453</b>		<b>\$ 512.833.933,61</b>				
<small>INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES</small>		<small>PASIVOS TOTALES</small>				
<b>\$ 3.208.464</b>		<b>\$ 185.888.799,32</b>				
<small>EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES</small>		<small>PATRIMONIO</small>				
<b>\$ 77.268.413</b>		<b>\$ 386.945.134,29</b>				
<small>EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES</small>						
<small>CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:</small>		<b>ANALISIS DEL PAIS DEL GOBIERNO E INCAPACIDADES</b>				
<b>V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES</b>						
<small>REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:</small> <b>SI</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>						
<small>IMPORTACIONES</small> <input checked="" type="checkbox"/>		<small>EXPORTACIONES</small> <input type="checkbox"/>		<small>INVERSIONES</small> <input type="checkbox"/>		
<small>OPERACIONES DE REDESQUEMTO</small> <input type="checkbox"/>		<small>LEASEING</small> <input type="checkbox"/>		<small>TRANSFERENCIAS</small> <input type="checkbox"/>		
<small>PRESTAMOS MONEDA EXTRANJERA</small> <input type="checkbox"/>		<small>PAGOS SERVICIOS</small> <input type="checkbox"/>		<small>OTRAS</small> <input type="checkbox"/>		
<small>Especifique cual:</small> <b>REPUESTOS O DONTROLOGIA</b>						
<small>TIPO PRODUCTO</small>		<small>MONTO OPERACIÓN</small>		<small>CIUDAD</small>		
<b>CUENTA CORRIENTE</b>		<b>90.000.000</b>		<b>TOSHAN</b>		
<small>Nº DEL PRODUCTO</small>		<small>ENTIDAD</small>		<small>PAÍS</small>		
<b>03555750147</b>		<b>BANCOLOMBIA</b>		<b>CHINA</b>		
				<b>DOLAR</b>		



PROCESO DE AUDITORÍA Y CONTROL INTERNO

CÓDIGO: FACI-FR-19

FORMULARIO SARLAFT PERSONA JURÍDICA

FECHA: 19/11/2021

VERSIÓN: 4

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):

LOS INGRESOS PROVIENEN DE LA ACTIVIDAD INSTALACIÓN Y REPARACIÓN Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS MEDICOS Y ODONTOLÓGICOS

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. Clausula para apoderado: 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 destinaron 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 último periodo gravable declarado.
5. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.

APODERADO

Ajunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

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 lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1551 de 2012, las disposiciones que hacen la protección de datos personales y que se encuentren contenidos en dicho dispositivo, 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 requiere de una autorización de su titular, la cual previene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán 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 901.036.550-8, ubicada en la Calle 13 No 31 - 56 Piso 2, teléfono 2473653 / 312449925,

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, suministremos 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 ha 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, Servicio Público, 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) Envíos 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 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 facultativos 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 responderlos, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de dichos 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 Constitución Política de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 108 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

4. DATOS PERSONALES DE NIÑOS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativos las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niñas y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlos.

5. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1255 de 2008 y 1531 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 incluyen en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entregan o divulgan, en desarrollo de lo previsto en el literal c)

7. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transformación nacional o internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

B. FIRMA Y HUELLA

CON LA CONCIENCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDADERA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMÓ EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Huella 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 <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>		
9. Firma:		