EGAT Entidad de Gestión Administrativa y Técnica Gestión - Transparencia - Progreso	PROCESO CONTROL INTERNO Y AUDITORIA	CÓDIGO: PRCI-FR-18
		FECHA: 28/06/2022
	FORMULARIO SARLAFT PERSONA NATURAL	VERSIÓN :5

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT *

FECHA DILIGENCIAMIENTO:	11 DE MARZO 2024	CIUDAD:	BUCARAMANGA `	DEPARTAMENTO:	SANTANDER

CLASE O TIPO DE VINCULACION QUE REALIZARA 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
SERRANO	STELLA	DANIEL	ENRIQUE

TIPO DE IDENTIFICACION				No	LUGAR EXPEDICION	FECHA EXPEDICION
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	109.717.256	BUCARAMANGA SANTANDER	04/02/10
PASAPORTE		OTRO	CUAL:			

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
19/01/1992	PIEDECUESTA	COLOMBIA	COLOMBIANO

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD / DEPARTAMENTO RESIDENCIA	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO/ CELULAR
CR 17 # 52-31	BUCARAMANGA	COLOMBIA	3168851454

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA
DANIELSERRANOSTELLA@GMAIL.COM	WWW.INBIOMEC.CO	PROPIA X FAMILIAR ARRENDADA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	PARENTESCO
SOLTERO(A) X CASADO(A) DIVORCIADO(A) UNION LIBRE VIUDO(A)	4	MADRE , PADRE , HERMANO

DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION	FECHA EXPEDICION

2. INFORMACION N FORMACION ACADEMICA / ACTIVIDAD ECONOMICA:

MAGISTER	POSGRADO X	UNIVERSITARIO	BACHILLER	RIMARIA	PROFESION/ OFICIO

REALIZA OTRA ACTIVIDAD QUE LE GENERE INGRESOS?

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	CUAL:	
SOCIO	CONTRATIST A	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE. X	EMPLEADO SOCIO		OTRA. . . .		

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
CARRERA 17 # 52-31	BUCARAMANGA	SANTANDER	COLOMBIA	607 - 6842539

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
14	138.760.327	3319	MANTENIMIENTO Y SUMINISTRO		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI X		IVA	SI X	NO	3319	4659
	NO		ICA	SI X	NO	PRINCIPAL	SECUNDARIA

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI	NO		SI NO		SI X NO
	X				

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI NO	SI NO	INBIOMECS SAS

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CR 17 #52-31 OF 301	607 - 6842539	BUCARAMANGA	SANTANDER	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	GERENTE	FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)	2018/01/28

3. INFORMACION FINANCIERA ($ PESOS)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	26'650.000	GASTOS FAMILIARES	23'600.000	AHORROS	0	SALDO HIPOTECA	0
HONORARIOS	6'400.000	ARRIENDOS	0	INVERSIONES	0	TARJETAS DE CREDITO	17'000.000
ARRIENDOS	0	CUOTA VEHICULO	0	VEHICULOS	110'000.000	DEUDA VEHICULOS	0
COMISIONES	16'800.000	CUOTA VIVIENDA	13'200.000	PROPIEDADES	701'000.000	DEUDAS TERCEROS	297'000.000
OTROS INGRESOS*	46'800.000	OTROS EGRESOS*	0	OTROS ACTIVOS*	35'000.000	OTROS PASIVOS*	
TOTAL, INGRESOS	98'650.000	TOTAL, EGRESOS	36'800.000	TOTAL, ACTIVOS	846'000.000	TOTAL, PASIVOS	314'000.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
VENTAS PRODUCTOS AGRICOLAS		MUEBLES Y ENSERES	

REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO BVVA	CUENTA DE AHORROS			

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO X

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

IMPORTACION EXPORTACION TRANSFERENCIAS PRESTAMOS PAGO SERVICIOS OTRA

CUAL:

4. DECLARACION 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 con signado 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 suministre a la **Entidad de Gestión Administrativa y Técnica - EGAT,** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

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(UNICAMENTE 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 esta 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 INFORMACION

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

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.

AUTORIZACION

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 2 47 95 52 /312 449 69 25.

1. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades m encionadas : 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 interven gan 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 adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya 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. T RANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS A OTROS PAISES:** 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 INFORMACION**: 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 LAS INFORMACION:** 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 tratamie nto 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 LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente

Huella Indice Derecho

8. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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:					