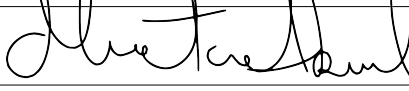


 <small>Entidad de Gestión Administrativa y Técnica</small> <small>Creación - Reconocimiento - Registro</small>	PROCESO CONTROL INTERNO Y AUDITORÍA				CÓDIGO: PRCI-FR-19	
	FORMULARIO SARLAFT PERSONA JURÍDICA				FECHA: 1/07/2022	
					VERSIÓN: 5	
SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT						
FECHA DILIGENCIAMIENTO: 15-03-2024		CIUDAD: BOGOTA		DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA		
CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN QUE REALIZARÁ CON EGAT (MARCA CON X)						
ASEGURADOR ☐		PROVEEDOR ☒		CONTRATISTA ☐		OTRO ☐
I. PERSONA JURÍDICA						
RAZÓN SOCIAL INDUSTRIAS MEDICOL S.A.S				NIT: 901.365.243-8		
CORREO ELECTRÓNICO ventas@industriasmedicol.com						
REPRESENTANTE LEGAL:	TIPO DE DOCUMENTO C.C. ☒ PASAPORTE ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ CUAL: <input type="text"/>		PRIMER APELLIDO TORRES		SEGUNDO APELLIDO: ABRIL	
			NUMERO DOCUMENTO 1.026.259.932		LUGAR DE EXPEDICIÓN BOGOTA	
					FECHA EXPEDICIÓN DD/MM/AAAA 16/05/2006	
	DIRECCIÓN DOMICILIO CRA. 29 No. 42-52 SUR		CIUDAD/MUNICIPIO BOGOTA		PAÍS COLOMBIA	
					TELÉFONO/CELULAR 4742211/317-6164246	
TIPO DE EMPRESA		ACTIVIDAD ECONÓMICA				TIPO DE SOCIEDAD
PUBLICA ☐ MIXTA ☐ PRIVADA ☒ EXTRANJERA ☐		INDUSTRIAL ☒ COMERCIAL ☐ ASEGURADOR ☐ SERVICIOS ☐ AGRÍCOLA ☐ FARMACÉUTICA ☐ TRANSPORTES ☐ SERVICIOS DE SALUD ☐ SERVICIOS FINANCIEROS ☐ OTRA ☐ CUAL: <input type="text"/>				ANÓNIMA ☐ LIMITADA ☐ S.A.S. ☒ OTRA: <input type="text"/>
DIRECCIÓN PRINCIPAL EMPRESA: CRA. 29 No. 42-52 SUR		CIUDAD/MUNICIPIO BOGOTA		DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA		PAÍS: COLOMBIA
						TELÉFONO/FAX 4742211
INFORMACIÓN TRIBUTARIA						
RENTA/CREE SI ☒ NO ☐		IVA SI ☒ NO ☐		ICA SI ☒ NO ☐		CÓDIGOS CIU 3110 PRINCIPAL 3250 SECUNDARIA
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 PÚBLICO				SI ☐ NO ☒		
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACIÓN U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO 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, APOORTE O PARTICIPACIÓN						
NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)		% PARTICIPACIÓN		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NUMERO IDENTIFICACIÓN
MONICA VIVANA TORRES ABRIL		100		C.C. ☒ E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		1.026.259.932
				C.C. ☐ E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
				C.C. ☐ E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
				C.C. ☐ E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
				C.C. ☐ E. ☐ NIT ☐ OTRO ☐		
IV. INFORMACIÓN FINANCIERA						
INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES \$ 692.007.262		ACTIVOS TOTALES \$ 6.046.246.234				
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES \$ 3.729.678		PASIVOS TOTALES \$ 3.248.514.557				
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES \$ 306.295.666		PATRIMONIO \$ 2.797.731.677				
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES \$ 0						
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES: FINANCIEROS						
V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES						
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒						
IMPORTACIONES ☐ EXPORTACIONES ☐ OPERACIONES DE REDESCUENTO ☐ LEASING ☐ PRESTAMOS MONEDA EXTRANJERA ☐ PAGOS SERVICIOS ☐		INVERSIONES ☐ TRASFERENCIAS ☐ OTRAS ☐		Especifique cual: <input type="text"/>		
TIPO PRODUCTO		MONTO OPERACIÓN		CIUDAD		PAÍS
No DEL PRODUCTO		ENTIDAD		MONEDA		

 <p>Entidad de Gestión Administrativa y Técnica Gestión - Transparencia - Progreso</p>	PROCESO CONTROL INTERNO Y AUDITORÍA		CÓDIGO: PRCI-FR-19
	FORMULARIO SARLAFT PERSONA JURÍDICA		FECHA: 1/07/2022
			VERSIÓN: 5
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): <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">Fabricación y comercialización de mobiliario hospitalario</p> </div> 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 destinarán 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 Adjunta 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 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 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 901.036.590 -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 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) 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 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 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 VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO			
 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:			
8. Resultado de la Verificación:	7. Observaciones:		
	☒ ACEPTADO ☐ RECHAZADO		
9. Firma:			