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:	14/03/2024	CIUDAD:	BOGOTÁ D,C	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ D,C

CLASE O TIPO DE VINCULACION QUE REALIZARA CON EGAT (MARCA CON X)

PROVEEDOR	CLIENTE	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
X					

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VELANDIA	MORA	ANGELA	INDIRA

TIPO DE IDENTIFICACION				No	LUGAR EXPEDICION	FECHA EXPEDICION
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	53307922	BOGOTÁ D,C	07/02/1994
PASAPORTE	OTRO	CUAL				

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
29/08/1975	BOGOTÁ D,C	COLOMBIA	COLOMBIANA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD / DEPARTAMENTO RESIDENCIA	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO/ CELULAR
CARRERA 23- 54 37	BOGOTÁ D,C	COLOMBIA	310855090

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA
SERVIMEDICAL@GMAIL.COM		PROPIA X FAMILIAR ARRENDADA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	PARENTESCO
SOLTERO(A) X CASADO(A) DIVORCIADO(A) UNION LIBRE VIUDO(A)	NINGUNA	

DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION	FECHA EXPEDICION

2. INFORMACIÓN N FORMACION ACADEMICA / ACTIVIDAD ECONOMICA:

MAGISTER	POSGRADO X	UNIVERSITARIO	BACHILLER	RIMARIA	PROFESION/ OFICIO	INGENIERA ELECTRONICA

REALIZA OTRA ACTIVIDAD QUE LE GENERE INGRESOS?

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

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (SI tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA			CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI		SI	NO		
		NO	ICA	SI	NO	PRINCIPAL	SECUNDARIA

GRAN CONTRIBUYENTE	SI	NO	AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
				SI / NO		SI / NO

FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI	NO X	SI	NO X	SERVIMEDICAL GROUP S.A.S

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
TRV 27#53C-47	601 211 40 14	BOGOTÁ D,C	BOGOTÁ D,C	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	GERENTE GENERAL	FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA ($ PESOS)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	10.000.000	GASTOS FAMILIARES	2.000.000	AHORROS	17.765.457	SALDO HIPOTECA	0,0
HONORARIOS	0,0	ARRIENDOS	0,0	INVERSIONES	1.553.000.000	TARJETAS DE CREDITO	15.675.280
ARRIENDOS	2.500.000	CUOTA VEHICULO	0,0	VEHICULOS	22.000.000	DEUDA VEHICULOS	0,0
COMISIONES	0,0	CUOTA VIVIENDA	0,0	PROPIEDADES	1.915.522.000	DEUDAS TERCEROS	7.322.420
OTROS INGRESOS*	0,0	OTROS EGRESOS*	2.000.000	OTROS ACTIVOS*	1.558.523.246	OTROS PASIVOS*	1.500.000.000
TOTAL INGRESOS	12.500.000	TOTAL EGRESOS	4.000.000	TOTAL ACTIVOS	6.066.810.703	TOTAL PASIVOS	1.522.997.700
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCOLOMBIA	CUENTA AHORROS	20305771898	CAN	3480000

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

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 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 mencionadas : 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 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. TRANSFERENCIA 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 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 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 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 LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION 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:			