EAGAT Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica	PROCESO DE ASISTENCIA TÉCNICA	CÓDIGO:PDAT-FE-F22
	PROCEDIMIENTO DE FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS	FECHA: 18/02/2019
	FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRATANTE -PERSONA JURÍDICA	VERSIÓN: 1

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

	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	BOGOTA D.C

TODOS LOS CAMPOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN QUEDAR COMPLETAMENTE DILIGENCIADOS POR LO ANTERIOR, EN AQUELLOS ESPACIOS EN LOS CUALES NO TENGA INFORMACIÓN PARA RELACIONAR, POR FAVOR ESCRIBA **N.A. (NO APLICA)**

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

ASEGURADOR	[X] PROVEDOR	[ ] CONTRATISTA	[ ] PARTICULAR	[ ] OTRO	CUAL:

I. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL:	ARPA MEDICAL SAS		NIT:	900.879.954-9
REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:	
	ARANGO	JARAMILLO	ANDRES	

CEDULA DE CIUDADANÍA [X]	NUMERO:	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA EXPEDICION AAAA/MM/DD
CEDULA DE EXTRANJERÍA [ ]	79.779.206	BOGOTA	1992-10-02

FECHA NACIMIENTO AAAA/MM/DD	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2):
1974-09-28	BOGOTA	BOGOTA D.C	COLOMBIANA	

DIRECCION DOMICILIO PRINCIPAL:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
CALLE 66 # 4 A - 62	BOGOTA	BOGOTA D.C	COLOMBIA	9370742 3229429467

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL/PAGINA INTERNET:
servicioalcliente@arpamedical.com.co	www.arpamedical.com.co

DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

TIPO DE EMPRESA	ACTIVIDAD ECONOMICA:			
PUBLICA [ ] PRIVADA [X] MIXTA [ ]	INDUSTRIAL [ ] COMERCIAL [X] ASEGURADOR [ ] SERVICIOS [ ]	AGRICOLA [ ] FARMACEUTICA [ ] TRANSPORTES [ ]	SERVICIOS DE SALUD [ ] SERVICIOS FINANCIEROS [ ] OTRA, [ ]	CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	RENTA/CREE	(SI) [X] (NO) [ ]	IVA	(SI) [ ] (NO) [ ]	I.C.A. (SI) [■] (NO) [ ]	CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMIC 4645 3250 PRINCIPAL: [ ] SECUNDARIA: [ ]
GRAN CONTRIBUYENTE	SI [ ] NO [X]	AGENTE RETENEDOR		SI [ ] NO [X]	AGENTE AUTORETENEDOR	SI [ ] NO [X]

II. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD ADMINISTRA O TIENE A SU CARGO EL MANEJO DE RECURSOS PUBLICOS	SI [ ] NO [X]
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO O TIPO DE PODER PUBLICO	SI [ ] NO [X]
POR SU ACTIVIDAD, OCUPACION U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL	SI [ ] NO [X]
ES USTED SUJETIO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS DIFERENTE A COLOMBIA	SI [ ] NO [X]

Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, por favor, especifique:

III. IDENTIFICACION DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION

NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL (DE REQUERIR UTILICE ANEXO)	% PARTICIPACION	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
ANDRES ARANGO JARAMILLO	52,00%	C.C. [X] C.E. [ ] T. [ ] N [ ] OT [ ]	79.779.206

EAGAT Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica	PROCESO DE ASISTENCIA TÉCNICA	CÓDIGO:PDAT-FE-F22
	PROCEDIMIENTO DE FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS	FECHA: 18/02/2019
	FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRATANTE -PERSONA JURÍDICA	VERSIÓN: 1

PABLO ANDRES PEÑUELA SALAZAR	48,00%	C.C. [X] C.E. [ ] T. [ ] N [ ] OTI [ ]	79.983.974
		C.C. [ ] C.E. [ ] T. [ ] N [ ] OTI [ ]	
		C.C. [ ] C.E [ ] T. [ ] N [ ] OTI [ ]	

IV. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	136.209.821	ACTIVOS TOTALES	1.731.993.955
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALE	3.087	PASIVOS TOTALES	312.655.811
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	117.040.253	PATRIMONIO	1.419.338.144
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALE	1.619.348		
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES	DIFERENCIA EN CAMBIO		
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES	DIFERENCIA EN CAMBIO		

V. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [X] NO [ ]

IMPORTACIONES [X]	EXPORTACIONES [ ]	INVERSIONES [ ]	Especifique cual: COMPRA DE DISPOSITOVOS MEDICOS
OPERACIONES DE [ ]	LEASING [ ]	TRASFERENCIAS [ ]	
MODENA EXTRANJERA [ ]	PAGOS SERVICIOS [ ]	OTRAS [ ]	

TIPO PRODUCTO	No DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO OPERACIÓN	CIUDAD	PAIS	MONEDA
AHORROS	466900036081	DAVIVIENDA	32.000	MIAMI	USA	USD
AHORROS	466900036081	DAVIVIENDA	25.000	SHENZHEN	USA	USD

VI. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que posee la Empresa provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupacion, oficio, actividad o negocio):

COMERCIO AL POR MAYOR DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, MEDICINALES, COSMETICOS Y DE TOCADOR

2. Las actividades realizadas por la Empresa se efectuan dentro del Marco Legal. Los recursos que posee NO provienen de actividades ilicitas de conformidad con el Codigo Penal Colombiano.

3. La información suminisrada en este formulario es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando asi se requiera.

4. Cláusula para apoderados: Certifico que toda la informacion suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parametros establecidos legalmente.

5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato NO se destinaran a la financiacion del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

VII. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.

2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.

3. Fotocopia del documento de identificacion del Representante legal de la Empresa.

4. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado.

5. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.

APODERADO

Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

VIII. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION

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 Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.

2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 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 utilizacion 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.

4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

EAGAT Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica	PROCESO DE ASISTENCIA TÉCNICA	**CÓDIGO:** PDAT-FE-F22
	PROCEDIMIENTO DE FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS	**FECHA**: 18/02/2019
	FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRATANTE -PERSONA JURÍDICA	**VERSIÓN:** 1

Para efectos de la presente autorización,La Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica EAGT , con Nit 901.036.590 -8, ubicada en la Calle 13 No 31 - 96 Piso 2, teléfono 2479553 / 312 449 69 25 .

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón 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 prestacion de servicios de salud.

B. Que la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica EAGT , me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la Corporación , para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la entidad, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere 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 satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la Corporación. k) Envio 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 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 haran 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 Nacionalde 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.

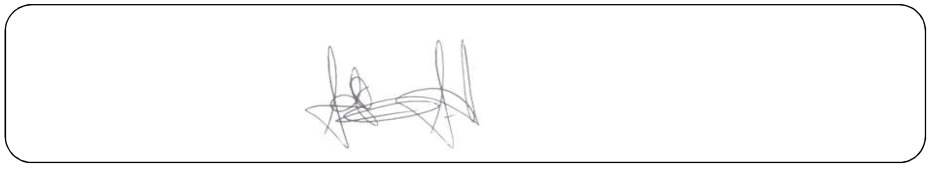
5. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

6. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información es la EAGAT 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 autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. 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 FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA			**XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION**			
	2. Ciudad		**1. Fecha**		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			**3. Nombre y Cargo de quien verifica:**			
4. Lugar de la Entrevista:			**4. Lugar de la verificación:**			
5. Observaciones:			**5. Observaciones:**			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐				
7. Firma y Cédula			**6. Firma y cédula:**			