EAGAT Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica	PROCESO DE EVALUACIÓN SEGUIMIENTO Y CONTROL	CÓDIGO:PESC-VC-F2
	PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN CONTRAPARTES	FECHA: 20/04/2020
	FORMATO SARLAFT PERSONA JURIDICA	VERSIÓN: 2

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

FECHA DILIGENCIAMIENTO:	28/09/2020	CIUDAD:	Bogotá D.C.	DEPARTAMENTO:	Bogotá D.C.

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

PROVEEDOR	CLIENTE	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
X					

1. PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL:	SEGURIDAD PENTA LTDA	NIT: 830.009.853-8

REPRESENTANTE LEGAL:	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:
	URIBE	SANTOS	MARGARITA ROSA

CEDULA DE CIUDADANÍA	CEDULA DE EXTRANJERÍA	PASAPORTE	OTRO , CUAL	NUMERO	FECHA EXPEDICION	LUGAR DE EXPEDICION
X				51.728.450	15/11/1982	Bogotá D.C.

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO	gerencia@seguridadpenta.com

FECHA NACIMIENTO	LUGAR NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	NACIONALIDAD (1):	NACIONALIDAD (2)
30/08/1963	Girardot	Cundinamarca	Colombiana	

DIRECCION SEDE PRINCIPAL:	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAIS	TELEFONO/FAX
Carrera 75 No 25F - 13	Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	Colombia	4104617

CORREO ELECTRONICO DE NOTIFICACIONES:	PORTAL WEB/PAGINA INTERNET:
contador@seguridadpenta.com	www.seguridadpenta.com

DIRECCION SUCURSAL/AGENCIA:	CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAIS	TELEFONO/FAX

2. ACTIVIDAD ECONOMICA

TIPO DE EMPRESA

PUBLICA	INDUSTRIAL	AGRICOLA	SERVICIOS DE SALUD	CUAL:
MIXTA	COMERCIAL	FARMACEUTICA	SERVICIOS FINANCIEROS	Seguridad y Vigilancia privada
PRIVADA X	ASEGURADOR	TRANSPORTES	OTRA X	
EXTRANJERA	SERVICIOS X			

INFORMACION RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

I. C. A.	GRAN CONTRIBUYENTE	AGENTE RETENEDOR	AGENTE AUTORETENEDOR
SI X NO	SI NO	SI NO	SI NO

RENTA / CREE	IVA	CONCEPTO Y CODIGOS CIIU	ACTIVIDAD PRINCIPAL	ACTIVIDAD SECUNDARIA
SI X NO	SI X NO		8010 - Actividades de seguridad privada	8020 - Actividades de servicios de sistemas de seguridad

IDENTIFICACION DE ACCIONISTAS, SOCIOS, ASOCIADOS QUE SEAN TITULARES DE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION (anexar realion de ser necesario)

NOMBRE COMPLETO SOCIO, ACCIONISTA Y/O ASOCIADO	%	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION
MARGARITA ROSA URIBE SANTOS	70	C.C. X C.E T.I NIT OTRO	51.728.450
JAIRO AUGUSTO NIÑO MALDONADO	30	C.C. X C.E T.I NIT OTRO	19.318.136
		C.C. C.E T.I NIT OTRO	
		C.C. C.E T.I NIT OTRO	

3. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	784.487.379	ACTIVOS TOTALES	4.577.412.036
INGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES	18.488.047	PASIVOS TOTALES	1.525.755.888
EGRESOS OPERACIONALES MENSUALES	242.488.674	PATRIMONIO	3.051.636.148
EGRESOS NO OPERACIONALES MENSUALES			
CONCEPTO INGRESOS NO OPERACIONALES:			
CONCEPTO EGRESOS NO OPERACIONALES:			

REFERENCIAS FINANCIERAS

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
AV VILLAS	CUENTA CORRIENTE	051-04752-0	382 - CENTRO DE NEGOCIOS EMPRESARIALES PALOQUEMAO	

4. 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: CUAL:

IMPORTACION EXPORTACION TRANSFERENCIAS PRESTAMOS PAGO SERVICIOS OTRA

5. DECLARACION PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA (PEPS)

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

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

6. 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):

ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL

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.

7. DOCUMENTOS REQUERIDOS

PERSONA JURIDICA:

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.

8. 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

Para efectos de la presente autorización, a 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 capitulo 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.

9. 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

Margarita Uribe S.

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

10. RESULTADO VERIFICACION DE LA INFORMACION

1.Fecha	DD-MM-AAA	**2. Ciudad**		**3. Plataforma utilizada**	
4. Nombre de quien verifica:				**5. Área**	
6. Resultado de la verificacion		ADVERTENCIA ☐ PRESENTA RIESGO ☐ NO CONSULTADO ☐		**7. Observaciones:**	
8. Firma y Cedula del Verificador:					