

Fecha de diligenciamiento

Día

Mes

Año

Tipo de Solicitud

Nueva

Renovación

Actualización

Sucursal

Tipo de persona

Natural

Jurídica

1. INFORMACION GENERAL

Nombre y Apellidos/ Razón Social

Tipo de Identificación:

C.C.

C.E.

P.S.

NIT

Lugar de Expedición

Fecha de Expedición

Sexo

Grupo Sanguineo

Número:

Fecha de Nacimiento

Lugar de Nacimiento

Dirección de Residencia

Ciudad

Departamento

Teléfono

Celular

E-mail

Nombre de Contacto

2. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y apellidos

Tipo de Identificación:

C.C.

C.E.

P.S.

Lugar de Expedición:

Fecha de Expedición

Sexo

Teléfono Fijo

Número:

Fecha de Nacimiento

Lugar de Nacimiento

Dirección de Residencia

3. IDENTIFICACION DE LOS SOCIOS O ACCIONISTAS

TIPO DE DOCUMENTO: CC: Cedula - CE=Cedula de extranjería - PS=Pasaporte - RC=Registro civil - NIT=Núm.. ID Tributaria

Certifico que los asociados, accionistas o socios que tienen mas del cinco (5%) de participación en el capital social de la entidad que represento son las personas naturales o jurídicas que aparecen en la siguiente relación:

Tipo de Documento	No. De Identificación	Nombre Completo	¿Por su actividad o Cargo administra Recursos públicos?	¿Por su actividad o Cargo ejerce algún Grado de poder Público?	¿Por su actividad u Oficio goza usted de Reconocimiento Público?	¿Está usted obligado A declaración Tributaria en otro País?
			SI NO	SI NO	SI NO	Indicar cuales SI NO
			SI NO	SI NO	SI NO	Indicar cuales SI NO
			SI NO	SI NO	SI NO	Indicar cuales SI NO
			SI NO	SI NO	SI NO	Indicar cuales SI NO
			SI NO	SI NO	SI NO	Indicar cuales SI NO

4. JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACION SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)

TIPO DE DOCUMENTO: CC: Cedula - CE=Cedula de extranjería - PS=Pasaporte - RC=Registro civil - NIT=Núm.. ID Tributaria

Tipo de Documento	No. De Identificación	Nombres y Apellidos	Principal o Suplente	¿Por su actividad o Cargo administra Recursos públicos?	¿Por su actividad o Cargo ejerce algún Grado de poder Público?	¿Por su actividad u Oficio goza usted de Reconocimiento Público?	¿Está usted obligado A declaración Tributaria en otro País?

5. INFORMACION GENERAL DEL NEGOCIO

Actividad Comercial

CIU

Tipo de Régimen

Común

Simplificado

Gran contribuyente

SI

NO

Autorretenedor

SI

NO

Tipo de empresa

Privada

Pública

Mixta

Posee certificaciones de calidad

SI

NO

Cual?

6. PERSONAS PEP'S (Sólo diligenciar por personas naturales)

¿Por su cargo maneja recursos públicos?

SI

NO

¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general?

SI

NO

¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?

SI

NO

Por su actividad o Cargo, manejo recursos públicos?

SI

NO

Fecha ingreso

DD

MM

AA

Fecha retiro

DD

MM

AA

Actualmente

¿Existen algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?

SI

NO

Indique

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?

SI

NO

Indique

¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?

SI

NO

7. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera?:

SI

NO

Importaciones

Exportaciones

Inversiones

Transferencias

Otras

Indique otras operaciones:

¿Posee productos financieros en el exterior?

SI

NO

¿Posee cuentas en moneda extranjera?

SI

NO

Tipo de producto	No. Del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

8. CLAUDSULA DE AUTORIZACION - POLÍTICA DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN Y DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES: Nuestros datos personales serán tratados por EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA RITA DE CASIA DEL MUNICIPIO DE TIPACOCUE, esto es, serán recolectados, almacenados, usados, analizados, circulados, compartidos, transmitidos, transferidos, suprimidos o cualquier otro tratamiento que llegue a ser necesario para las siguientes finalidades:
a) El trámite y análisis de la solicitud de vinculación como asegurador en convenio, para lo cual puede requerirse un concepto previo de los terceros vinculados a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA RITA DE CASIA DEL MUNICIPIO DE TIPACOCUE
b) El proceso de negociación de contratos con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA RITA DE CASIA DEL MUNICIPIO DE TIPACOCUE, incluyendo la determinación de tarifas y la selección de riesgos.
c) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre

El control y la prevención de fraude

e) El estudio de reclamaciones, la liquidación y el pago de siniestros para lo cual puede requerirse un concepto previo de los terceros vinculados a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA RITA DE CASIA DEL MUNICIPIO DE TIPACQUE

f) La elaboración de estudios técnicos-actuariales, estadísticos, encuestas y análisis de tendencias del mercado.

6. Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de servicio y ofertas de prestación de servicios con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA RITA DE CASIA DEL MUNICIPIO DE TIPACQUE, así como de otros servicios o productos inherentes a su actividad.

7. PERSONAS QUE HARÁN TRATAMIENTO: Que los datos personales serán tratados de conformidad con las finalidades señaladas por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA RITA DE CASIA DEL MUNICIPIO DE TIPACQUE, como responsable, o por los encargados que ella considere necesarios tal como los terceros vinculados.

8. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en el decreto 1377, así como lo dispuesto en la Ley 1266 de 2016 sobre datos financieros, comerciales, crediticios o de servicios y demás que regulen la materia, especialmente tengo derecho a:

a) Conocer, consultar, actualizar y rectificar los datos personales

b) Solicitar prueba de la autorización otorgada

c) Ser informado, previa solicitud, respecto del uso que se ha dado a mis datos personales

d) Presentar quejas, reclamos o solicitudes ante las autoridades correspondientes o directamente ante la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA RITA DE CASIA DEL MUNICIPIO DE TIPACQUE

e) Revocar autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios de derecho y garantías constitucionales y legales;

f) Acceder en forma gratuita a los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento.

9. POLITICAS DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Declaro que me han informado las políticas de tratamiento de datos personales de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA RITA DE CASIA DEL MUNICIPIO DE TIPACQUE

10. AUTORIZACION: De manera expresa, previa e informada AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento:

Autorizo el tratamiento de mis datos personales: SI ☐ NO ☐		Autorizo el tratamiento de mis datos personales, incluyendo los sensibles: SI ☐ NO ☐	
Autorizo me contacten y envíen información por SMS, correo electrónico o cualquier otro medio físico o digital:		SI ☐ NO ☐ Correo:	

9. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS

Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes y a los procedimientos de la Compañía sobre el Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAF, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones:

1. Declaro (amos) que los recursos o bienes que utilizaremos en desarrollo de nuestros negocios con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA RITA DE CASIA DEL MUNICIPIO DE TIPACQUE, provienen de actividades lícitas, de conformidad con las leyes vigentes.
2. Que no admitiré (mos) que terceros efectúen depósitos en mis (nuestras) cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano en cualquier otra norma que lo adicione; ni efectuaré (mos) transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
3. Que todas las actividades e ingresos que percibo (mos) provienen de negocios lícitos.
4. Que no me (nos) encuentro (encuentramos) en ninguna lista de personas reportadas o bloqueados por actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad. Que a la fecha y según nuestro leal saber y entender, en mi (nuestra) contrato no se adelanta ninguna investigación por ninguno de los hechos anteriores.
5. Las garantías y aseveraciones aquí contenidas estarán vigentes mientras nosotros tengamos negocios con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA RITA DE CASIA DEL MUNICIPIO DE TIPACQUE, Autorizo (amos) a resolver cualquier acuerdo, beneficio, subsidio, negocio o contrato celebrado con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA RITA DE CASIA DEL MUNICIPIO DE TIPACQUE, sus accionistas y directores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo (nosotros) hubiéramos proporcionado.

Los datos aquí consignados obedecen a la realidad, y declaro (amos) haber leído, entendido y aceptado libremente el presente documento. En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior firmo el presente documento.

10. MANIFESTACIÓN SOBRE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Manifiesto bajo la gravedad del juramento de forma clara e inequívoca, que no me encuentro incurso por sí o por interpuesta persona en las causales de inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución Artículo 127 y en la Ley, en especial las contempladas en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, en la Ley 1150 de 2007 y en la Ley 1474 del 12 de Julio de 2011 "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la Gestión Pública".

Así mismo, DE LAS INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES del Estatuto de Contratación, se establecen los principios, reglas y directrices que rigen la actividad contractual de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA RITA DE CASIA DEL MUNICIPIO DE TIPACQUE.

11. AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN DE TÍTULOS Y CERTIFICACIONES LABORALES Y REFERENCIAS (EN CASO QUE APLIQUE)

Autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA RITA DE CASIA DEL MUNICIPIO DE TIPACQUE. Para realizar la verificación de títulos, en las instituciones educativas correspondientes a los mismos, así como certificaciones laborales y referencias.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

FIRMA, HUELLA Y SELLO DE PERSONA NATURAL / JURIDICA

12. ESPACIO EXCLUSIVO PARA PERSONAL AUTORIZADO Y FUNCIONARIOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA RITA DE CASIA DEL MUNICIPIO DE TIPACOQUE

Aprobado ☐	Rechazado ☐	Año	Mes	Día
Confirmó en listas restrictivas de acuerdo al Manual SARLAFT de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SANTA RITA DE CASIA DEL MUNICIPIO DE TIPACOQUE		SI ☐	NO ☐	
Tiene la condición de persona políticamente expuesta (PEP)?		SI ☐	NO ☐	

Observaciones:

Firma Quien verifica		Firma Quien aprueba	
Nombres y apellidos: Cargo: Fecha: Hora:		Nombres y apellidos: Cargo: Fecha: Hora:	