

**FORMULARIO DE VINCULACIÓN
/ ACTUALIZACIÓN SARLAFT
PERSONA JURIDICA**

Versión:
4
Publicación:
2022-07-08
Código:
AGE-GAF-Ft-15

(Este formato debe diligenciarse en cumplimiento al Sistema de Administración del Riesgo del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo)

Ciudad y Fecha: _____ **Vinculación** **Actualización**
Tipo de Vinculación: Cliente Aliado Estratégico: Asistencial No Asistencial Otro ¿Cuál? _____

INFORMACIÓN GENERAL

Razón social: _____ **Nit:** _____ **Fecha de Constitución:** _____
Tipo de empresa: _____ **Dirección Oficina Principal:** _____
Pública **Privada** **Mixta** **Sector Solidario** **Teléfono:** _____ **Ciudad/País:** _____ **Correo Electrónico:** _____
Código CIIU: _____ **Descripción de Actividad Económica (Origen de Fondos):** _____
Nombre del Gerente o Administrador: _____ **Tipo y número de Identificación:** _____ **Dirección:** _____ **Teléfono/Celular:** _____ **Correo Electrónico:** _____

INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL

Nombres y Apellidos: _____ **Tipo y número de Identificación:** _____ **Lugar y Fecha de Nacimiento:** _____
Dirección: _____ **Ciudad/País:** _____ **Teléfono:** _____ **Correo Electrónico:** _____

**Persona Expuesta públicamente (PEP)
Responda Si o No a las siguientes preguntas:**

¿Administra recursos públicos? ¿Tiene reconocimiento público? ¿Tiene algún grado de poder público? ¿Tiene vínculos con una persona considerada PEP?

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales: _____ **Egresos mensuales:** _____ **Total activos:** _____ **Total pasivos:** _____ **Otros Ingresos:** _____ **Nro. De Empleados:** _____
Operaciones Internacionales: SI NO **Importaciones:** _____ **Exportaciones:** _____
Materia Prima o Bienes y Servicios Suministrados (Operaciones Internacionales): _____

RELACIÓN DE ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5%

Nombres Completos / Razón social	Tipo de Documento	Número de Identificación	% Participación Accionaria	¿Es PEP? (Persona Expuesta Públicamente) Responda Si o No

REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre: _____ **Tipo y número de Identificación:** _____
Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Teléfono:** _____ **Correo Electrónico:** _____

REFERENCIAS BANCARIAS

Nombre: _____ **Nit:** _____ **Teléfono:** _____
Datos cuenta bancaria
Nombre Titular Cuenta Bancaria: _____ **Nit:** _____ **Número de Cuenta:** _____ **Tipo de Cuenta:** Ahorros Corriente

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La **CLÍNICA EL ROSARIO**, establecimiento de propiedad de la COMUNIDAD DE HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACIÓN, en su condición de responsable del tratamiento de datos personales obtenidos de sus usuarios, clientes, pacientes, proveedores y colaboradores, y en general de todas las personas que hayan facilitado o que en el futuro faciliten sus datos personales, informa que el tratamiento de datos personales bajo su custodia, se realiza con base en lo dispuesto por Ley 1581 de 2012, reglamentada parcialmente por el Decreto 1081 de 2015, y que los titulares de los datos personales contenidos en bases de datos de nuestra Institución, pueden solicitar la, rectificación, cancelación, corrección o actualización de los mismos, en los términos dispuestos por las normas aludidas, y de acuerdo con lo previsto en la POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES de la **CLÍNICA EL ROSARIO**.

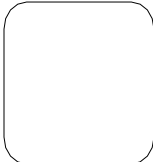
DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS

Con el propósito de dar cumplimiento a las normas legales y en especial a lo contemplado en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y otra ley, **DECLARO** de manera voluntaria que todo lo señalado en este formato es cierto
Declaro expresamente y de manera voluntaria que: (i) La información aquí consignada es veraz. (ii) Los recursos provienen y serán destinados solo a actividades lícitas (iii) me acojo a las normas que la **CLÍNICA EL ROSARIO** implementadas sobre Lavado de Activos y Financiación de Terrorismo, a sus modificaciones y/o adiciones. (iv) Entiendo y acepto que la **CLÍNICA EL ROSARIO** puede proceder a la cancelación del contrato aquí celebrado por el incumplimiento de lo anteriormente descrito y/o por la información errónea, falsa o inexacta que yo hubiera proporcionado en este documento. (v), Me comprometo a actualizar anualmente la información que a bien se tenga.

ANEXOS PARA ENTREGAR CON ESTE FORMATO

RUT	Copia Cédula de Ciudadanía Representante Legal	Balance General y Estado de Resultados (Dos Últimos años fiscales)
Certificado Existencia y Rep. Legal (Inferior a 30 días)	Declaración de Renta (Dos últimos años)	Certificación Bancaria (inferior a 30 días)

Nombre Completo de Quien Diligencia el Formulario: _____ **Tipo y Numero de Documento:** _____

Huella (índex derecho)  Firma Representante Legal	Espacio Reservado para Clínica El Rosario Nombre: _____ _____ Oficial de Cumplimiento _____ Firma Oficial de Cumplimiento _____	Se Verificó en Listas: SI ___ NO ___ Proceso Aprobado: SI ___ NO ___ Fecha de Revisión _____
--	---	--

Por favor diligenciar el Formulario en letra legible, sin tachones ni enmendaduras, y en caso de no contar con la información, no se deben dejar espacios en blanco, por lo que debe indicar: N.A. (no aplica).

Ciudad y Fecha: Indique la ciudad desde donde está diligenciando el formulario y la fecha así: Día (DD) Mes (MM) Año (AAAA)

Vinculación: Marque esta Opción si es primera vez que diligencia este formulario y No ha tenido antes relación con la Clínica el Rosario

Actualización: Esta opción debe ser marcada si en ocasiones anteriores ya ha diligenciado el formulario y ha actualizado alguna información

Tipo de Vinculación: Aquí deberá indicar el tipo relación contractual que empezara o tiene con la Clínica el Rosario

INFORMACIÓN GENERAL

Razón Social: En este campo deberá escribir el nombre tal como aparece en el certificado de existencia y representación legal expedido por la cámara de comercio.

NIT: Escriba el número de identificación tributaria tal como aparece en el RUT.

Fecha de Constitución: Deberá indicar la fecha de constitución de la empresa en formato Día (DD) Mes (MM) Año (AAAA)

Tipo de Empresa: Marque con una X Privada: si el capital social es 100% privado; Pública: si el capital social es 100% público; Mixta: si tiene capital social público y privado; sin ánimo de lucro: si la entidad no persigue un beneficio económico, sino que principalmente

Dirección, teléfono, celular, ciudad y departamento: Donde funciona la oficina principal de la empresa.

Correo Electrónico: En este espacio deberá indicar el correo electrónico disponible para notificaciones por parte de la Clínica el Rosario.

Código CIU: Indique el número correspondiente registrado en el RUT, de acuerdo con la actividad económica principal.

Descripción de la actividad económica: Realice una breve descripción de la actividad económica de la empresa.

Nombre del Gerente o Administrador: En este campo deberá indicar el nombre completo del gerente o administrador de la empresa, si está compuesto por dos nombres deberá ponerlos y sus apellidos.

Tipo y Numero de Identificación: Aquí deberá indicar el número de identificación completo con números y letras de ser el caso.

Dirección, teléfono, celular: En estos campos deberá indicar la información del domicilio donde vive.

Correo Electrónico: Indicar el correo electrónico disponible para notificaciones.

INFORMACION REPRESENTANTE LEGAL

Nombres y Apellidos: En este campo deberá indicar el nombre completo, si este compuesto por dos nombres deberá ponerlos y sus apellidos.

Tipo y Numero de Identificación: Aquí deberá indicar el número de identificación completo con números y letras de ser el caso.

Fecha de Expedición: Deberá indicar la fecha de expedición del documento en formato Día (DD) Mes (MM) Año (AAAA)

Dirección, teléfono, celular: En estos campos deberá indicar la información del domicilio donde vive.

Correo Electrónico: Indicar el correo electrónico disponible para notificaciones.

PEP (Persona Públicamente Expuesta): Aquí deberá indicar si el representante legal tiene nexos con alguna persona o es una persona PEP.

¿Administra recursos públicos?: Indique sí o no directa o indirectamente tiene bajo su responsabilidad la administración de recursos públicos.

¿Tiene reconocimiento público?: Indique sí o no es fácilmente identificado o asociado a un perfil económico social a nivel nacional o internacional.

¿Tiene algún grado de poder público?: Indique sí o no tiene un nivel de influencia sobre decisiones o estrategias políticas que impacten en la sociedad.

¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?: Indique sí o no tiene una sociedad conyugal, de hecho, o de derecho o familiares hasta el 2º grado de consanguinidad o afinidad civil de una persona que administre recursos públicos, o que tengan reconocimiento público o que tengan algún grado de poder.

INFORMACION FINANCIERA

Ingresos Mensuales: Indique el valor total de los ingresos mensuales tal como aparece en el balance general o estados financieros

Egresos Mensuales: Indique el valor total de los egresos mensuales tal como aparece en el balance general o estados financieros

Total Activos: Indique el valor total de los activos tal como aparece en el balance general o estados financieros

Total Pasivos: Indique el valor total de los pasivos tal como aparece en el balance general o estados financieros

Otros Ingresos: Indique el valor de otros ingresos diferentes a la actividad económica principal tal como aparece en los o estados financieros

Nro. De Empleados: Indique el número de empleados con los que cuenta la compañía al momento del diligenciamiento del formulario.

Operaciones Internacionales: Marque con una X si realiza operaciones en el exterior.

Importaciones y Exportaciones: en caso de haber marcado si en la casilla de operaciones internacionales, en estos campos deberá indicar el valor promedio mensual de las operaciones realizadas.

Materia Prima o Bienes y Servicios Suministrados: Aquí deberá indicar el concepto o actividad de las operaciones internacionales que realiza.

RELACION DE ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5%

Complete los datos solicitados con todos los socios hasta llegar al 100% de la propiedad de la sociedad declarada. En caso de que algún socio sea otra persona jurídica, deberá adjuntar el anexo EST-SFT-Ft-03 con los socios que la componen, cuantas veces sea necesario hasta llegar a las personas naturales.

Nombre completo / Razón Social: Si es persona jurídica escriba el nombre de la razón social tal como aparece en el certificado de existencia y representación legal expedido por la cámara de comercio o en caso de que el socio o accionista sea persona natural escriba los nombres y apellidos tal como aparecen en el documento de identificación.

Tipo de documento: Indique NIT si es persona jurídica; si es persona natural indique CC: Cedula de ciudadanía, CE: Cedula de extranjería, TI: Tarjeta de identidad, PAS: Pasaporte, PEP: Permiso especial de permanencia.

Número de identificación: Escriba el número tal como aparece en el documento de identificación.

% Participación Accionaria: Indique el porcentaje de participación en la sociedad que tiene cada uno de los socios.

PEP (Persona Públicamente Expuesta): Aquí deberá indicar si alguno de los socios es una persona PEP.

REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre: indicar el nombre completo de la sociedad o persona, si este compuesto por dos nombres deberá ponerlos y sus apellidos.

Tipo y Numero de Identificación: Aquí deberá indicar el número de identificación completo con números y letras de ser el caso.

Dirección, ciudad, teléfono: En estos campos deberá indicar la información del domicilio donde vive.

Correo Electrónico: Indicar el correo electrónico disponible para notificaciones.

REFERENCIAS BANCARIAS

Nombre: En este campo deberá indicar el nombre completo de la entidad bancaria

Nit: Aquí deberá indicar el número de identificación completo.

Teléfono: Aquí deberá indicar el teléfono de la oficina donde esta creada la cuenta.

Datos de la Cuenta Bancaria

Nombre del titular: En este campo deberá indicar el nombre completo del titular de la cuenta tal como está registrada en el banco.

Nit: Aquí deberá indicar el número de identificación del titular de la cuenta.

Nro. De Cuenta: Deberá indicar el numero completo de la cuenta bancaria tal como aparece en la certificación dada por el banco.

Tipo de Cuenta: Deberá marcar con una X el tipo de cuenta.