



FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DE CONTRAPARTES - SARLAFT/FPADM-



Proceso: Dirección	Código: DI-FO-111	Versión: 01	Fecha de Aprobación: 29-Mayo-2023
--------------------	-------------------	-------------	-----------------------------------

Este formulario se debe diligenciar en cumplimiento al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT/FPADM) Circular Externa 009 del 21 de Abril de 2016 y la Circular Externa 202117000005-5 de septiembre de 2021.

Tipo de Vinculación:	Empleado <input type="checkbox"/>	Proveedor <input type="checkbox"/>	Cliente <input type="checkbox"/>	Tercero vinculado <input type="checkbox"/>	Fecha Diligenciamiento	DIA	MES	AÑO
	Accionista y/o miembro de Junta Directiva <input type="checkbox"/>							

1. PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:
IDENTIFICACIÓN: C.C. <input type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>
R.C. <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	NUMERO:
FECHA DE EXPEDICIÓN: DIA <input type="checkbox"/>	MES <input type="checkbox"/>	AÑO <input type="checkbox"/>
LUGAR:	FECHA DE NACIMIENTO: DIA <input type="checkbox"/>	MES <input type="checkbox"/>
AÑO <input type="checkbox"/>	OCUPACION/OFICIO:	PROFESIÓN:
NACIONALIDAD:	ACTIVIDAD ECONOMICA:	
DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CORREO ELECTRONICO:		
INGRESOS MENSUALES \$	ACTIVOS \$	
EGRESOS MENSUALES \$	PASIVOS \$	
OTROS INGRESOS \$	CONCEPTO OTROS INGRESOS	

2. PERSONA JURÍDICA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL:	NIT:								
REPRESENTANTE LEGAL (PRIMER APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO / NOMBRES)									
IDENTIFICACIÓN: C.C. <input type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	R.C. <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	NUMERO:	LUGAR	FECHA DE EXPEDICIÓN: DIA <input type="checkbox"/>	MES <input type="checkbox"/>	AÑO <input type="checkbox"/>
DATOS OFICINA PRINCIPAL DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:	FAX:						
DATOS SUCURSAL O AGENCIA DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:	FAX:						
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:									
TIPO DE EMPRESA: PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	MIXTA <input type="checkbox"/>							
ACTIVIDAD ECONOMICA: INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>	COMERCIAL <input type="checkbox"/>	TRANSPORTE <input type="checkbox"/>	CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/>	AGRICOLA <input type="checkbox"/>	CUAL? <input type="checkbox"/>				
SALU <input type="checkbox"/>	SERVICIOS FINANCIEROS <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/>							
CÓDIGO CIU:	#N/D								

3. IDENTIFICACIÓN DE SOCIOS, ACCIONISTAS Y/O ASOCIADOS (Aplica para persona jurídica)

Que tienen directa o indirectamente una participación, capital social o aporte igual o superior al 25% (Si necesita más espacios, debe adjuntar relación)

NOMBRE COMPLETO	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO	% PARTICIPACIÓN	¿Goza usted de reconocimiento político?	¿Por su cargo o actividad, maneja recursos públicos?	¿Por su cargo o actividad, ejerce algún grado de poder público?

INGRESOS MENSUALES \$	ACTIVOS \$
EGRESOS MENSUALES \$	PASIVOS \$
OTROS INGRESOS \$	CONCEPTO OTROS INGRESOS

4. DECLARACIÓN PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE- PEPS

Personas nacionales o extranjeras que por razón de su cargo manejan o han manejado recursos públicos, o tienen poder de disposición sobre estos.

¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI NO

¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI NO

¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL? SI NO

¿EXISTE ALGUN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA POLÍTICAMENTE EXPUESTA? SI NO Indique:

5. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones internacionales?		Si	No
¿Cuáles?	Importaciones	Exportaciones	Inversiones
Préstamos	Envío y recepción de giros	Pagos de servicios	Transferencias
Otras:			

6. REFERENCIAS FINANCIERAS

ENTIDAD:	ANTIGUEDAD:	SUCURSAL:	CIUDAD:
TIPO DE PRODUCTO: AHORROS <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/> FONDO <input type="checkbox"/>	NUMERO DE CUENTA:		
ENTIDAD	PRODUCTO:	ANTIGUEDAD:	CIUDAD:
TIPO DE PRODUCTO: AHORROS <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/> FONDO <input type="checkbox"/>	NUMERO DE CUENTA:		

7. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo a CLINICA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DE ANTIOQUIA S.A con NIT 800024834-1 o a quien represente sus intereses a reportar a las autoridades la información anteriormente diligenciada, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o por violación del mismo.
Declaro expresamente que:

1. La actividad, profesión u oficio es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupo terrorista o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las actividades anteriormente descrita
5. Entiendo y acepto que la **CLINICA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DE ANTIOQUIA S.A** puede proceder a la cancelación del contrato celebrado por el incumplimiento de lo anteriormente descrito y/o por la información errónea, falsa o inexacta que yo haya proporcionado en este documento.

CAMPO OBLIGATORIO

ORIGEN DE FONDOS _____

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: autorizo de manera libre, expresa e inequívocamente a **CLINICA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DE ANTIOQUIA S.A** para que directamente o a través de sus empleados, y/o terceros encargados del tratamiento de datos personales, lleve a cabo la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, transferencia, transmisión, sobre mis datos personales. Hemos sido informados que los datos obtenidos serán tratados de acuerdo a lo contenido en la Ley de Protección de datos personales y bajo las excepciones que esta contiene, siempre asegurando el respeto a los derechos fundamentales y buscando evitar cualquier menoscabo a los mismos. Las finalidades con las cuales serán tratados los datos, se encuentra en la política de tratamiento de datos dispuesta en www.clinicaorlant.com

AVISO DE PRIVACIDAD: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015 y los demás decretos que lo regulan, se informa al Titular de Datos que se han recolectado o que se recolectarán hacia el futuro, serán utilizados únicamente para los fines que le han sido comunicados. Así mismo le informa que podrá ejercer su derecho para consultar, solicitar corrección, actualización, supresión de sus datos personales o revocatoria de la autorización, de acuerdo con los lineamientos consignados en la política de protección de datos que se encuentra publicada en la página www.clinicaorlant.com y que puede además ejercer a través de los canales dispuestos por la **CLINICA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DE ANTIOQUIA S.A**

8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

<p>PERSONA JURÍDICA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Certificado de existencia y Representación Legal(No mayor a 30 días) expedido por la Cámara de Comercio. 2. Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT). 3. Fotocopia del documento de identificación del Representante Legal. 4. Declaración de Renta del último periodo gravable disponible. (Si declara) 5. Certificación bancaria 6. Composición accionaria 	<p>PERSONA NATURAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fotocopia del documento de Identidad 2. RUT (si aplica) 3. Constancia expedida por el banco para certificar el titular de la(s) cuenta(s) inscrita(s), el tipo y el número de cuenta.
--	--

NOTA: para personas o entidades extranjeras, aplican los anteriores documentos o sus homólogos expedidos por la autoridad competente del país de origen.

APODERADO: Poder autenticado en notaría.

9. DATOS DE QUIEN DILIGENCIA EL FORMULARIO

DILIGENCIADO POR:	NOMBRE COMPLETO	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO

10. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.

Firma

Nombre: _____

Documento: _____

