

 Clinica FOSCAL San Gil		CLINICA SANTA CRUZ DE LA LOMA S.A. FORMULARIO DE VINCULACIÓN O ACTUALIZACIÓN Sistema de administración del riesgo LA/FT/FPADM"SARLAFT/FPAMD			Código Dirección General 002-MF-V2	
1. FECHA DILIGENCIAMIENTO		2. CIUDAD	3. DEPARTAMENTO	4. VINCULACIÓN COMERCIAL		
DD / MM / AAAA				☐ Proveedor ☐ Cliente ☐ Médico Staff ☐ Otro		
I. INFORMACIÓN GENERAL PERSONA NATURAL						
5. PRIMER APELLIDO		6. SEGUNDO APELIIDO	7. NOMBRES	8. TIPO IDENTIFICACIÓN	9. NRO IDENTIFICACIÓN	
10. LUGAR EXPEDICIÓN		11. FECHA EXPEDICIÓN	12. LUGAR DE NACIMIENTO	13. FECHA DE NACIMIENTO	14. OCUPACIÓN/OFICIO/PROFESIÓN	
DD / MM /AAAA		DD / MM / AAAA		DD / MM / AAAA		
15. ACTIVIDAD ECONÓMICA				16. CÓDIGO CIU	17. DIRECCIÓN PRINCIPAL	
18. DEPARTAMENTO		19. CIUDAD	20. TELÉFONO FIJO	21. CELULAR	22. E-MAIL FACTURACIÓN ELECTRÓNICA	
23. POR FAVOR SEÑALE SEGÚN APLIQUE						
☐ Administro recursos públicos ☐ Tengo reconocimiento público ☐ Tengo grado de poder público ☐ Tengo vinculo con una PEP (Persona Expuesta Públicamente)						
II. INFORMACIÓN GENERAL PERSONA JURÍDICA						
24. RAZÓN SOCIAL		25. NIT	26. DIV	27. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL		
28. CÓDIGO CIU		29. DIRECCIÓN PRINCIPAL	30. DEPARTAMENTO	31. CIUDAD	32. TELÉFONO	
33. E-MAIL		34. E-MAIL FACTURACIÓN ELECTRÓNICA		35. ¿POSEE SUCURSAL?	36. DIRECCIÓN SUCURSAL	
				☐ Si ☐ No		
37. TELÉFONO SUCURSAL		38. PAÍS SUCURSAL	39. CLASE DE SOCIEDAD			
			☐ Anónima ☐ SAS ☐ Limitada ☐ Otra ¿Cuál?			
40. TIPO DE EMPRESA						
☐ Privada ☐ Pública ☐ Mixta ☐ Inversión Extranjera ☐ Otra ¿Cuál?						
41. RÉGIMEN						
☐ Responsable de IVA ☐ No Responsable de IVA ☐ Gran Contribuyente ☐ Autorretenedor						
III. REPRESENTANTE LEGAL (Aplica para persona jurídica)						
42. PRIMER APELLIDO		43. SEGUNDO APELIIDO	44. NOMBRES	45. TIPO IDENTIFICACIÓN	46. NRO IDENTIFICACIÓN	
47. LUGAR EXPEDICIÓN		48. FECHA EXPEDICIÓN	49. LUGAR DE NACIMIENTO	50. FECHA DE NACIMIENTO	51. NACIONALIDAD	
DD / MM /AAAA		DD / MM / AAAA		DD / MM / AAAA		
52. E-MAIL		53. DIRECCIÓN RESIDENCIA		54. DEPARTAMENTO	55. CIUDAD	
56. PAIS		57. TELÉFONO	58. CELULAR			
59. ¿Es una persona públicamente expuesta?						
☐ Si ☐ No En caso de respuesta afirmativa, diligencie la sección para el conocimiento mejorado de personas públicamente expuestas						
60. ¿Administra recursos públicos?						
☐ Si ☐ No						
IV. COMPOSICIÓN ACCIONARIA CON PARTICIPACIÓN SUPERIOR AL 5%						
Instrucciones de diligenciamiento: 1) Por favor relacione los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, aporte o participación para el conocimiento ampliado de Accionistas y Beneficiarios Finales, y suministre esta información para todos los accionistas/asociados indirectos que cumplan esta condición hasta relacionar la persona natural que ejerce control final sobre la entidad. (En caso de requerir mas espacio debe anexar una relación por separado). 2) Si alguno de los accionistas o asociados (personas naturales) es una Persona Expuesta Públicamente , sírvase diligenciar la sección correspondiente (abajo dispuesta)						
61. Tipo Doc.	62. Número	63. Nombres completos o Razón Social		64. % Participación	65. ¿Es tusted una persona públicamente expuesta? (aplica únicamente para personas naturales)	
					☐ Si ☐ No	
					☐ Si ☐ No	
					☐ Si ☐ No	
					☐ Si ☐ No	
					☐ Si ☐ No	
V. COMPOSICIÓN JUNTA DIRECTIVA						
(Relacionar los miembros de junta directiva principales, en caso que los campos no sean suficientes, adjuntar la relación)						
66. Tipo Doc.	67. Número Doc	68. Nombre completo o Razón Social	69. ¿Administra recursos públicos?	70. ¿Tiene reconocimiento público?	71. ¿Tiene grado de poder público?	72. ¿Tiene vinculo con una PEP?
			☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
			☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
			☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
			☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

VI. BENEFICIARIOS FINALES

Instrucciones de diligenciamiento: 1) Por favor relacione los beneficiarios finales con participación superior al 5% para el conocimiento ampliado, (en caso de requerir mas espacio debe anexar una relación por separado). 2) Si alguno de los beneficiarios finales (personas naturales) es una Persona Expuesta Públicamente (PEP), sírvase diligenciar la sección correspondiente (abajo dispuesta).

73. Tipo Doc.	74. Número Doc	75. Nombre completo	76. Porcentaje de Participación	77. ¿Es usted una persona públicamente expuesta? (aplica únicamente para personas naturales)
				☐ Si ☐ No
				☐ Si ☐ No
				☐ Si ☐ No
				☐ Si ☐ No
				☐ Si ☐ No

VII. CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE

En cumplimiento del Decreto 1674, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona políticamente expuesta o vinculado:

78. Vínculo o relación*	79. Nombre Completo	80. Tipo Doc.	81. Número Doc	82. Nacionalidad	83. Entidad	84. Cargo	85. Fecha desvinculación

* 1: Representante Legal , 2: Miembro de Junta Directiva

VIII. INFORMACIÓN FINANCIERA

86. INGRESOS MENSUALES	87. EGRESOS MENSUALES	88. ACTIVOS	89. PASIVOS	90. PATRIMONIO
91. OTROS INGRESOS	92. CONCEPTO DE OTROS INGRESOS	93. FECHA DE CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA		

IX. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

De manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración en cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa No.009 de Abril de 2016 modificada por la Circular externa 202117000000055.

Declaro expresamente que:

1. Los recursos financieros, mi actividad, profesión u oficio como contraparte de CLINICA SANTA CRUZ DE LA LOMA, son lícitos y provienen de las siguientes fuentes:

actividad que no se encuentra dentro de las contempladas en el Código Penal Colombiano como, ilícita.

2. No admitiré que terceros efectúen depósitos a nombre mío, con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

3. Autorizo a Clínica Santa Cruz de la Loma SA a verificar mi información en las listas vinculantes, o en las que considere pertinente como mecanismo de debida diligencia, de acuerdo a lo establecido en el numeral 5.2.2.2.2.1 para el conocimiento de clientes y usuarios de la circular Externa 09 de la SUPERSALUD.

4. La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la sociedad se compromete a actualizarla anualmente.

5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

6. En el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento eximiendo a Clínica Santa Cruz de la Loma SA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

X. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERES

Declaro de forma libre y voluntaria que:

1. En caso de encontrarme ante un conflicto de interés lo informare de manera oportuna a la Clínica Santa Cruz de la Loma SA

2. No ofreceré ni aceptaré de forma directa o indirecta incentivos económicos a contrapartes, directivos y demás colaboradores de la Clínica Santa Cruz de la Loma SA, con el fin de influenciar sus decisiones en el ejercicio de sus servicios que se prestan en la organización.

Responda las siguientes preguntas:

94. ¿En la Clínica Santa Cruz de la Loma S.A laboran o presta servicio de cualquier índole, algún familiar suyo dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, civil o de crianza?

☐ Si ☐ No En caso de respuesta afirmativa, por favor brindar la información solicitada

95. Nombre completo	96. Vínculo familiar/parentesco	97. Tipo Doc.	98. Número Doc	99. Cargo

100. ¿Existe algún tipo de conflicto de interés con un miembro de la Junta Directiva? ☐ Si ☐ No En caso de respuesta afirmativa, por favor brindar la información solicitada

101. Nombre completo	102. Vínculo familiar/parentesco	103. Tipo Doc.	104. Número Doc	105. Cargo

106. ¿Ha ofrecido directa o indirectamente, incentivos económicos y/o no económicos a proveedores, contratistas, clientes y demás contrapartes de la Clínica Santa Cruz de la Loma SA, o cualquier tercero, con el fin de influenciar sus decisiones en el ejercicio de los servicios que presta la organización?

☐ Si ☐ No

Si existe otro tipo de conflicto de interés, indique cual es el otro tipo de conflicto de interés que se tiene con la Clínica Santa Cruz de la Loma SA:

XI. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

107. ¿Realiza transacciones en moneda extranjera?		108. ¿Posee productos financieros en el exterior?		109. ¿Posee cuentas en moneda extranjera?		110. Indique otras operaciones	
☐ Si ☐ No ¿Cuál?		☐ Si ☐ No		☐ Si ☐ No			
111. Tipo producto	112. Identificación/número del producto	113. Entidad	114. Monto	115. Moneda	116. Ciudad	117. País	

XII. INFORMACIÓN COMERCIAL (Referencias comerciales)

118. Nombre completo	119. Ciudad	120. Dirección	121. Teléfono

XIII. REFERENCIAS BANCARIAS

122. Entidad Bancaria	123. N° de cuenta	124. Tipo de cuenta	125. Sucursal	126. Teléfono

XIV. AUTORIZACIÓN CUENTA BANCARIA PARA TRANSFERENCIA

Autorizamos a la Clínica Santa Cruz de la Loma S.A a consignar en nuestra cuenta descrita a continuación los valores correspondientes al pago de nuestras facturas. Los datos aquí suministrados corresponden en forma EXACTA a los registrados en el banco.

127. NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA CUENTA		128. N° de cuenta	129. Entidad Bancaria	130. Tipo de cuenta	
				☐ Ahorros ☐ Corriente	
131. MONEDA	132. DIRECCIÓN ENTIDAD BANCARIA	133. SUCURSAL	134. CIUDAD	135. PAÍS	

Certifico que toda la información consignada en el presente formulario es exacta y autorizo a la Clínica Santa Cruz de la Loma S.A para su verificación.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	HUELLA ÍNDICE DERECHO
--	---

Nombre Completo del colaborador que diligencia el formulario:	Número documento identidad

USO EXCLUSIVO CLÍNICA SANTA CRUZ DE LA LOMA S.A - VERIFICACIÓN DE REFERENCIAS PARA CONOCIMIENTO DE CLIENTES Y/O CONTRAPARTES

	Referencia Comercial No. 1	Referencia Comercial No. 2	Referencia Comercial No. 3
Nombre de la empresa			
Nit:			
Tiempo de relación comercial			
Que calificación da a la relación comercial con el proveedor:			
Excelente, buena, regular, mala			
Hable con:			
Fecha de verificación			

CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE VERIFICACIÓN	HORA	NOMBRE DE QUIEN VERIFICA	CARGO	FIRMA

OBSERVACIONES: