



FECHA DILIGENCIAMIENTO		DEPARTAMENTO		CIUDAD	
Por favor señale el tipo de relación comercial que tiene o va a tener con la FOSCAL					
Proveedor		Cliente		Medico staff	
Patrocinador		Otro		¿Cuál?	
Por favor señale el tipo de persona					
PERSONA NATURAL (Aplica solo para personas naturales)					
Si usted es una persona natural, por favor complete los campos con los datos requeridos a continuación, de lo contrario diligencia "No aplica o N/A" en todos los campos.					
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres	
Tipo doc.		Numero de Doc.			
Lugar de expedición		Fecha de expedición		Lugar de nacimiento	
Fecha de nacimiento		Cod CIU			
Ocupación, oficio o profesión		Actividad económica			
Dirección principal		Departamento		Ciudad	
Teléfono fijo		Celular		Correo para facturación electrónica	
INFORMACIÓN PERSONA JURIDICA					
Si usted es una persona jurídica, por favor complete los campos con los datos requeridos a continuación, de lo contrario diligencia "No aplica o N/A" en todos los campos.					
Razón social		Nit		DV	
Actividad económica Principal		Código CIU			
Dirección principal		Departamento		Ciudad	
Teléfono		Correo electrónico			
Correo electrónico para facturación					
Clase de Sociedad: Anónima SAS Limitada Otra ¿Cuál?					
Tipo de empresa: Pública Privada Mixta Otra ¿Cuál?					
Régimen: Responsable de IVA No responsable de IVA Gran Contribuyente Autorretenedor					
REPRESENTANTE LEGAL (Aplica para persona jurídica)					
Si usted es una persona jurídica, por favor complete los campos con los datos requeridos del Representante legal que figura en el certificado de existencia y Representación legal, de lo contrario diligencie "No aplica o N/A" en todos los campos.					
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres	
Tipo doc.		Número de doc.		Fecha de expedición	
Lugar de expedición		Fecha de nacimiento		Nacionalidad	
Dirección de residencia		Ciudad			
Departamento		País		Teléfono	
Celular					
SOCIOS Y/O ACCIONISTAS (Aplica para persona jurídica)					
Instrucciones de diligenciamiento: 1) Por favor relacione los socios o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, aporte o participación para el conocimiento ampliado de Accionistas, suministre esta información para todos los accionistas/asociados. (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)					
Tipo de doc		Número de Doc		Razón social o Nombres y apellidos	
% Participación		¿Es persona públicamente expuesta?			
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).					
Tipo de doc		Número de doc		Nombre completo	
% de participación		¿Es persona públicamente expuesta?			
CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (Aplica para Persona Jurídica y Natural)					
Se consideran Personas Expuestas Politicamente (PEP) aquellas personas nacionales o extranjeras que por razón de su cargo manejan o han manejado recursos públicos, o tienen poder de disposición sobre estos o gozan o gozaron de reconocimiento público, así mismo aquellas que se encuentran ocupando los cargos señalados en el Decreto 1674 de 2016.					
Si la respuesta a alguna de las siguientes preguntas es afirmativa, proporcione por favor la información solicitada.					
¿Alguno de los administradores (representantes legales, miembros de la junta directiva) tiene la condición de ser una Persona Expuesta Politicamente - PEP?				Si No ¿Por qué?	
¿Por su cargo o actividad alguno de los administradores (Representante legal, miembros de la Junta Directiva) ejerce algún grado de poder público?				Si No ¿Qué cargo tiene?	
¿Goza de algún reconocimiento público?				Si No ¿Qué tipo de reconocimiento?	
¿Maneja recursos públicos?				Si No ¿Cuáles recursos?	
En cumplimiento del Decreto 1674, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como Persona Expuesta Politicamente o vinculado:					
Vínculo o relación *		Nombre completo		Tipo de Doc	
No de Doc		Nacionalidad		Entidad	
Cargo		Fecha de Desvinculación			
*Vínculo/ relación					
1. Representante legal, 2.Miembros de junta directiva					
INFORMACIÓN FINANCIERA					
Ingresos mensuales		Egresos mensuales		Total activos	
Total Pasivos		Patrimonio		Otros Ingresos	
Concepto de otros ingresos		Fecha de corte de la información financiera			
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 y modificada por la Circular Externa N° 20211700000005-5 de Septiembre de 2021					
Declaro expresamente que:					
1. Los recursos financieros, mi actividad, profesión y oficio como contraparte de FOSCAL, son de origen lícitos y provienen de las siguientes fuentes: DETALLE AQUÍ LAS FUENTES DE SUS RECURSOS					
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 FOSCAL 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 para el conocimiento de las contrapartes de la circular Externa 009 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 FOSCAL 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.					
DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS					

Declaro de forma libre y voluntaria que:

1.En caso de encontrarme ante un conflicto de interés lo informare de manera oportuna a la FOSCAL

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

Responda las siguientes preguntas:

¿En La FOSCAL 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☐

Si la respuesta es afirmativa por favor brindar la información solicitada

Nombre completo	Vínculo familiar/parentesco	Tipo de identificación	Número de identificación	Cargo

¿Existe algún tipo de conflicto de interés con un miembro de la Junta Directiva?

Si☐No☐

Si la respuesta es afirmativa por favor brindar la información solicitada

Nombre completo	Vínculo familiar/parentesco	Tipo de identificación	Número de identificación	Cargo

¿Ha ofrecido directa o indirectamente, incentivos económicos y/o no económicos a proveedores, contratistas, clientes y demás contrapartes de la Foscal, 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 FOSCAL

ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera?

Si☐No☐

Cuál?

¿Posee productos financieros en el exterior?

Si☐No☐

¿Posee productos financieros en el exterior?

Si☐No☐

Tipo de Producto	Identificación o Numero del Producto	Entidad	Monto	Moneda	Ciudad	País

REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre	Dirección	Ciudad	Departamento	Teléfono

REFERENCIAS BANCARIAS

Tipo de cuenta	Entidad Financiera	Sucursal bancaria	Numero de cuenta	Teléfono

AUTORIZACION CUENTA BANCARIA PARA TRANSFERENCIA

Autorizamos a la FOSCAL 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.

Nombre del beneficiario de la cuenta:

No. de Cuenta:

Entidad Financiera:

Tipo de Cuenta:

Ahorro☐

Corriente☐

Moneda:

Dirección Entidad Financiera:

Sucursal:

Ciudad:

País:

Certifico que todo la información consignada en el presente formulario es exacta y autorizo a la FOSCAL para su verificación.

Firma del Representante Legal

Huella Índice Derecho

Nombre y Apellidos del Funcionario Que Diligencia el Formulario:

N° Doc. Identidad:

USO EXCLUSIVO FOSCAL 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:	Día	Mes	Año	Hora	Firma
Nombre de Quien Verifica			Cargo de Quien Verifica		

Observaciones

Dirección General 004 - MF -V2