

		FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE CONTRAPARTES - SARLAFT VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN							
FECHA DILIGENCIAMIENTO		DEPARTAMENTO			CIUDAD				
Por favor señale el tipo de relación comercial que tiene o va a tener con FUNDACIÓN FOSUNAB 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 diligencie "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			
Ocupación, oficio o profesión		Actividad económica		Cod CIU					
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 diligencie "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		Lugar de nacimiento		Nacionalidad					
Correo electrónico		Dirección de residencia		Ciudad					
Departamento		Pais		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 FUNDACIÓN FOSUNAB, 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 FUNDACIÓN FOSUNAB 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 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 FUNDACIÓN FOSUNAB 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									

