|  |
| --- |
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DIA\_\_\_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_\_\_\_\_** **FORMULARIO DE: INSCRIPCIÓN ACTUALIZACIÓN**  |
| **TIPO DE VINCULACIÓN:**1. **CLIENTE**

**TIPO DE ENTIDAD: Nacional Extranjera** **Aseguradora en Salud ARL Medicina Prepagada SOAT REGIMEN ESPECIAL** **CONVENIOS DE EDUCACIÓN O INVESTIGACIÓN OTRO ¿CUAL? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**1. **PROVEEDOR**

**TIPO DE ENTIDAD: NACIONAL EXTRANJERA** **MEDICAMENTOS INSUMOS MATERIAL DE OSTEOSINTESIS COMODATO OUTSOURCING** **SOCIEDAD MÉDICA TERCERO MANTENIMIENTO DE EQUIPOS MANTENIMIENTO INFRAESTRUCTURA** |
| **1. INFORMACIÓN GENERAL** |
| **PERSONA NATURAL** |
| **PRIMER APELLIDO** | **SEGUNDO APELLIDO** | **PRIMER NOMBRE** | **SEGUNDO NOMBRE** |
|  |  |  |  |
| **TIPO DE IDENTIFICACIÓN** | **N° IDENTIFICACIÓN** | **FECHA DE NACIMIENTO** | **LUGAR DE NACIMIENTO** |
| **C.C. C.E. PASAPORTE OTRO ¿CUAL?**  |  | **AAAA/MM/DD** |  |
| **FECHA DE EXPEDICIÓN** | **LUGAR DE EXPEDICIÓN** | **PAIS DE NACIMIENTO** | **NACIONALIDAD** | **ESTADO CIVIL** |
| **AAAA/MM/DD** |  |  |  | **SOLTERO(A)** **CASADO(A)**  |
| **DIRECCIÓN DE RESIDENCIA** |  |  | **TELÉFONO(S)** |  |
| **E-MAIL** |  |  | **CIUDAD** |  |
| **OCUPACIÓN, OFICIO O PROFESIÓN** |  |
| **ES SERVIDOR PÚBLICO? SI NO MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI NO** **TIENE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? SI NO****ES FAMILIAR DE UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? SI NO**  |
| **PERSONA JURÍDICA** |
| **NOMBRE O RAZÓN SOCIAL** |  | **NIT** |  | **DV** |  |
| **DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL:**  |  | **TELÉFONO(S)** |  | **CIUDAD** |  |
| **EMAIL:** |  |
| **REPRESENTANTE LEGAL** | **PRIMER APELLIDO** | **SEGUNDO APELLIDO** | **PRIMER NOMBRE** | **SEGUNDO NOMBRE** |
| **TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. C.E. PASAPORTE OTRO CUAL?**    **N°** |  |  |  |  |  |
| **DIRECCIÓN** | **TELÉFONO(S)** |
|  |  |
| **CARGO** |  | **EMAIL** |  |
| **Identificación de accionistas que tengan más del 5% del capital social, aporte o participación** |
| **TIPO ID** | **NUMERO ID** | **NOMBRE COMPLETO** | **¿Por su actividad o cargo goza de reconocimiento y poder público o administra recursos públicos? SI o NO - especifique** | **% participación** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **2. INFORMACIÓN DE CONTACTO** |
| **AREA**ejecutivo de ventas | **NOMBRE** | **CARGO** | **EMAIL** | **TELEFONO** |
|  |  |  |  |  |
| **3. INFORMACIÓN TRIBUTARIA** |
|  | **SI** | **NO** | **RESOLUCIÓN** | **FECHA** |
| Auto Retenedor (Retención en la Fuente) |  |  |  |  |
| Auto Retenedor (Industria y Comercio) |  |  |  |  |
| Gran Contribuyente |  |  |  |  |
| Retenedor de ICA |  |  |  |  |
| Régimen de IVA |  |  | Tarifa por Retención: |
| Actividad Económica - código CIIU |  |
| Otros |  |
| **4. INFORMACIÓN FINANCIERA** |
| **Fecha corte de la Información** | **Datos expresados en:** |
| **Ingresos Mensuales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Egresos Mensuales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Otros ingresos \* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Otros Egresos\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Activos Corrientes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Pasivos corrientes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Total Activos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Total Pasivos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Total Patrimonio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| **\* Detalle Otros Ingresos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Detalle Otros Egresos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **5. OPERACIONES INTERNACIONALES** |
| **REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO**    |
| **TIPO DE TRANSACCIÓN: Importaciones Préstamos Inversiones Giros Exportaciones**       |
| **POSEE CUENTA EN MONEDA EXTRANJERA: SI**  **NO**   | **MONEDA** |  | **BANCO** |  | **PAIS** |  |
| **PAGO DE SERVICIOS REMESAS OTRAS CUALES? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    |
| **6. AUTORIZACIONES PARA PAGOS** |
| Autorizo a Corporación Salud UN para que los pagos a mi favor sean consignados en:Tipo de Cuenta: Entidad Bancaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ahorros  Corriente Número de Cuenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **7. CONDICIONES DE PAGO** |
| Plazo de pago acordado: 30 días 60 días 90 días 120 días otro       Especifique otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Si su institución ofrece algún tipo de descuento por favor especifiquelo a continuación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **8. DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS** |
| **Declaro expresamente que:**1. Mi actividad, profesión u oficio como persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifiquen.2**.** La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. El incumplimiento de esta obligación faculta a la CORPORACIÓN SALUN UN., para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.3. No he admitido ni admitiré que terceros realicen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano, ni efectuaré transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a personas relacionadas con las mismas. 4. No me encuentro en las listas internacionales vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional ONU o en las listas vinculantes OFAC, estando la CORPORACIÓN SALUN UN, facultado para efectuar las acciones que considere pertinentes, si verifica que me encuentro en dichas listas.5. Los recursos que poseo provienen expresamente de (ocupación, oficio, actividad, negocio).**Origen de ingresos:** |
| **9. CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES** |
| **PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES:** conforme con lo dispuesto por el literal b) de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo, la financiación proliferación de armas de destrucción masiva y la transparencia., por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular.Los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para prevenir y controlar el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo, la financiación proliferación de armas de destrucción masiva y la transparencia. |
| **10. FIRMA Y HUELLA** |
| **En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento a los \_\_\_\_\_\_\_ dias del mes de \_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL**  **HUELLA Indicar dedo de impresión**  |
| **11. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA** |
| * Certificado de Existencia y Representación Legal

 * Cerificado Sarlaft (Si aplica)

 * Estados Financieros

 * Copia del Rut

 * Copia última Declaración de Renta

 * Certificación Bancaria

 * Consentimiento para tratamiento de datos personales

 * Copia documento de identidad de persona natural y/o Representante Legal ampliada al 150%

  |
| **12. ESPACIO EXCLUSIVO PARA CORPORACIÓN SALUD UN** |
| Responsable de aprobación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Area \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Responsable de aprobación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Area \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Responsable de aprobación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Area \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **RESULTADO DE LA VERIFICACIÓN DE DATOS:** |  | **NOMBRE DE FUNCIONARIO QUE VERIFICÓ** |  |
| **FECHA Y HORA:**  | **DD** | **MM** | **AAAA** | **HH** | **MM** |  |  |
| **13. ESPACIO RESERVADO PARA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO** |
| **SE CONSULTÓ EN LV SI NO FECHA DE CONSULTA:**   | **DD** | **MM** | **AAAA** | **HH** | **MM** |
| **OBSERVACIONES:** | **FIRMA DE QUIEN CONSULTA** |