

FORMULARIO ACTUALIZACIÓN DE DATOS SECTOR SALUD - SARLAFT

CIRCULAR EXTERNA 000009 DEL 21 DE ABRIL DE 2016 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Diligenciamiento

DD

MM

AAAA

 Ciudad Sucursal: SI ☐ NO ☐ Cuantas ☐

A continuación complete la siguiente información sin dejar ningún espacio en blanco (Si es el caso escriba N/A).

1. PERSONA NATURAL

Apellidos:

(primer apellido)

(segundo apellido)

 Nombre

(primer nombre)

(segundo nombre)

C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ P.S. ☐ No. Fecha de Expedición

DD

MM

AAAA

 Lugar de expedición

Fecha de nacimiento

DD

MM

AAAA

 Lugar de nacimiento

DD

MM

 Sexo: F ☐ M ☐ Nacionalidad⁽¹⁾ Nacionalidad⁽²⁾

Dirección de residencia Ciudad Departamento

Email Teléfono Celular

Ocupación Empleado ☐ Independiente ☐ Pensionado ☐ Otro ☐ Cual: Proveedor ☐ Contratista ☐

Cargo Empresa donde trabaja Dirección Ciudad Teléfono

Ingresos mensuales (\$) Egresos mensuales (\$)

Activos (\$) Pasivos (\$)

Patrimonio (\$) Otros ingresos (\$)

Concepto otros ingresos

2.PERSONA JURÍDICA

Nombre o razón social NIT DV

Representante legal:

(primer apellido)

(segundo apellido)

(primer nombre)

(segundo nombre)

C.C. ☐ C.E. ☐ P.S. ☐ No. Fecha de expedición

DD

MM

AAAA

 Lugar de expedición

Régimen Común ☐ Simplificado ☐ Gran Contribuyente Si ☐ No ☐ Autoretenedores Si ☐ No ☐

Oficina principal: Dirección Ciudad Teléfono FAX

Sucursal o agencia: Dirección Ciudad Teléfono FAX

Tipo de empresa: Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Sector de la economía CIU

Actividad económica: Industrial ☐ Comercial ☐ Transporte ☐ Construcción ☐ Agrícola ☐ Civil ☐ Servicios financieros ☐ Otra ☐

Cual: Email:

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 25% del capital social, aporte o participación (En caso de requerir más espacio debe anexarse la relación)

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No. de ID	Nombre	¿Por su actividad o cargo administra recursos públicos?	¿Por su actividad o cargo ejerce algún grado de poder público?	¿Por su actividad o cargo goza de reconocimiento público?	¿Está obligado a declaración tributaria en otro país(es)?, indique cuál(es)
C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	
C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐			SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	

Ingresos mensuales (\$) Egresos mensuales (\$)

Activos (\$) Pasivos (\$)

Otros ingresos (\$) Concepto otros ingresos

3. PERSONAS PEP's

¿Por su cargo maneja recursos públicos? SI ☐ NO ☐ ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI ☐ NO ☐

¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SI ☐ NO ☐ ¿Ejerce algún grado de poder público? SI ☐ NO ☐

¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI ☐ NO ☐ Indique

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? SI ☐ NO ☐ Indique

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo 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 comprometo a actualizarla anualmente.

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

4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen:

5. INFORMACIÓN JUNTA DIRECTIVA

Identificación de los asociados de la junta directiva (En caso de requerir más espacio debe anexarse la relación)

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No. de ID	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐					
C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐					
C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐					
C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐					
C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐					
C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐					
C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐					
C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐					
C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐					
C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐					
C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐					
C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐					
C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐					
C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐					
C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐					
C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐					

6. INFORMACIÓN REVISOR FISCAL

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No. de ID	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐					
C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐					
C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐					
C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐					
C.C. ☐ C.E. ☐ T.J. ☐ NIT ☐					

7. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? SI ☐ NO ☐ Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Transferencias ☐ Otra ☐ Cual?

Indique otras operaciones

¿Posee productos financieros en el exterior? SI ☐ NO ☐ ¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI ☐ NO ☐

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

8. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

- 1- Que los datos personales solicitados en el presente formulario de actualización de datos son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y la finalización del terrorismo.
- 2- Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del Artículo 2 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, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.
- 3- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo del lavado de activos y financiación del terrorismo se recolectan mediante este formulario y se trataran observando las Leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.

AUTORIZACIÓN: De manera expresa, previa e informada AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento.

Autorizo el tratamiento de mis datos personales: SI ☐ NO ☐

Autorizo el tratamiento de mis datos personales, incluyendo los sensibles: SI ☐ NO ☐

Autorizo me contacten y envíen información por SMS, correo electrónico o cualquier otro medio físico o digital: SI ☐ NO ☐

9. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.



Huella

Nombre y Firma Representante Legal

VALIDACION

Fecha Verificación Nombre del Colaborador Firma Colaborador

Dependencia Cargo Telefono