

**FORMATO DE VINCULACIÓN O ACTUALIZACIÓN
PERSONA NATURAL**

Evolucionamos pensando en usted
300.28.109

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT/FPADM *

TODOS LOS CAMPOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN QUEDAR COMPLETAMENTE DILIGENCIADOS. POR LO ANTERIOR, EN AQUELLOS ESPACIOS EN LOS CUALES NO TENGA INFORMACIÓN PARA RELACIONAR, POR FAVOR ESCRIBA N.A. (NO APLICA).

1. DATOS DE LA SOLICITUD

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		CIUDAD		DEPARTAMENTO	
TIPO DE SOLICITUD		TIPO DE VINCULACIÓN			

2. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
LUGAR DE NACIMIENTO		DEPARTAMENTO		PAIS		NACIONALIDAD	
ESTADO CIVIL		NUMERO DE HIJOS		PERSONAS A CARGO		NIVEL DE ESTUDIOS	
DIRECCION RESIDENCIA		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAIS RESIDENCIA:	
TELEFONO RESIDENCIA		CELULAR		CORREO ELECTRONICO		TIPO DE VIVIENDA	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si aplica)		CIUDAD		DEPARTAMENTO		PAIS	

3. DATOS DEL CÓNYUGE (Si aplica)

PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
PAIS DE ORIGEN		NACIONALIDAD		ES RESIDENTE EN COLOMBIA		No aplica	

4. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA

PROFESIÓN/OCUPACIÓN		¿CUAL?	
ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		CODIGO CIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
RESPONSABILIDADES TRIBUTARIAS:	DECLARA RENTA	IVA	ICA
		GRAN CONTRIBUYENTE	AGENTE RETENEDOR
			AGENTE AUTORETENEDOR

5. INFORMACIÓN LABORAL

NOMBRE EMPRESA/NEGOCIO DONDE LABORAL		TIPO DE ACTIVIDAD ECONOMICA QUE DESARROLLA (Solo Independientes)	
DIRECCION DE LA EMPRESA		CIUDAD/MUNICIPIO	
		DEPARTAMENTO:	
TELEFONO RESIDENCIA		PAIS	
		TELEFONO	
		CELULAR	
		CORREO ELECTRONICO	
		TIPO DE VIVIENDA	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si aplica)		CIUDAD	
		DEPARTAMENTO	
		PAIS	

6. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS)

INGRESOS MENSUALES (\$)		TOTAL ACTIVOS (\$)		PATRIMONIO (\$)	
EGRESOS MENSUALES (\$)		TOTAL PASIVOS (\$)		OTROS INGRESOS MENSUALES (\$)	
DETALLES DE INGRESOS:					

7. PERSONAS EXPUESTA POLÍTICAMENTE PEP's

¿Es servidor Público u ostenta algún grado de poder público?		¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	
¿Goza de reconocimiento público?		¿Existe algún vínculo familiar, civil y/o asociación entre usted y una PEP? Si contesta SI, diligencie los apartados siguientes:	
¿Es usted una persona Expuesta Políticamente?		¿Es usted PEP de Organizaciones Internacionales o Extranjero PEP?	

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	CARGO /ACTIVIDAD

8. OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA USTED OPERACIONES CON MONEDA EXTRANJERA		QUE TIPO DE OPERACIÓN	Envío/Recepción de Giros y remesas	¿CUÁL?	
PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR			¿CUÁL?		
TIPO DE PRODUCTO	NUMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	MONEDA	CIUDAD

9. SUMINISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE DATOS

EL FUNCIONARIO _____ CONTRATISTA _____ se obliga con **HOSPITAL DEL SARARE E.S.E** a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta al **HOSPITAL DEL SARARE E.S.E** para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación contractual o comercial que tenga.

10. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES

Obrando en propio nombre y/o de la persona jurídica que represento, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente: Declaración de origen de fondos al **HOSPITAL DEL SARARE E.S.E**, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto en las normas internas y externas que regulan lo concerniente al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos LA y Financiación del Terrorismo FT, Financiación de la proliferación de armas de destrucción masivas FPADM/ y Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude, para establecer cualquier tipo de vínculo o relación comercial con **HOSPITAL DEL SARARE E.S.E**:

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: _____

Autorizo a la **HOSPITAL DEL SARARE E.S.E**, para que cancele, salde o dé por terminado todas las operaciones, negocios o contratos, en el caso que incumpla o cometa alguna infracción relacionada con la procedencia y/o el origen de fondos. De esta manera, eximo a la **HOSPITAL DEL SARARE E.S.E**, de toda responsabilidad.

11. TRATAMIENTO DE DATOS

Por medio de la firma del presente documento, de manera libre, expresa y voluntaria autorizo a la **HOSPITAL DEL SARARE E.S.E**, identificada con el NIT800.231.215-1, ubicada Calle 30 No. 19A-82 Barrio los Libertadores de Saravena-Arauca, para que en calidad de responsable recolecte y trate mis datos personales, de conformidad con la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, las demás normas que las modifiquen, sustituyan o complementen; y su Política de Privacidad y de Protección de Datos Personales disponible en: <https://hospitaldelsarare.gov.co/>, para las siguientes finalidades:

1. Validar la información suministrada en cumplimiento de la normativa vigente sobre prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo.
2. Corroborar, validar y consultar la información suministrada en fuentes de información y en centrales de riesgo, con el propósito de utilizarla como un elemento de análisis en su relación con el **HOSPITAL DEL SARARE E.S.E**; así como realizar los reportes correspondientes en el desarrollo esta.
3. Adelantar procesos de pagos, cobros, facturación, abonos, patrocinios y donaciones en virtud de su relación con el **HOSPITAL DEL SARARE E.S.E**, así como adelantar trámites ante autoridades públicas o personas privadas, respecto de los cuales esta información resulte pertinente.
4. Realizar inscripciones ante las entidades públicas y privadas, bancos, referenciación personal, de seguridad social o ARL, que sean necesarias para el cumplimiento de las obligaciones que se deriven de su relación con el **HOSPITAL DEL SARARE E.S.E**.
5. Mantener una comunicación permanente y eficaz, por medio del envío de mensajes con contenido de pagos, cuentas por pagar y cobrar, jurídico y con contenido comercial, publicitario o promocional sobre los servicios, eventos, promociones, campañas adelantadas por la el **HOSPITAL DEL SARARE E.S.E**.
6. Adelantar trámites ante autoridades públicas o personas privadas, respecto de los cuales esta información resulte pertinente.
7. Soportar procesos de auditoría interna o externa y verificar el cumplimiento de las políticas internas de el **HOSPITAL DEL SARARE E.S.E**.

El **HOSPITAL DEL SARARE E.S.E** podrá recolectar y tratar datos personales cuyo uso indebido puede generar discriminación, los cuales tienen el carácter de datos personales sensibles, que se tratarán con el propósito de alcanzar las finalidades mencionadas. Por lo cual, manifiesto que las respuestas a las preguntas sobre datos personales sensibles y datos de menores de edad son facultativas y las suministro de manera libre y voluntaria.

En mi calidad de Titular de los datos personales tengo derecho a conocer, acceder, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, ser informado respecto de los usos que se le han dado a mis datos y/o solicitar su supresión, mediante el correo electrónico: correspondenciaesesarare@gmail.com

DECLARACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO (LA/FT)

El **HOSPITAL DEL SARARE E.S.E** podrá terminar de manera unilateral e inmediata la relación suscrita con la contraparte. Cuando esta:

1. Y sus socios o sus acciones y/o sus administradores llegaren a ser: Vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos fuentes de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.
 2. Sea incluida en Listas Vinculantes para Colombia (OFAC y ONU), así como también en otras recomendadas en Colombia o por cualquier autoridad nacional o extranjera competente.
 3. Suministre información errónea, falsa o inexacta que se hubiera proporcionado en este documento.
 4. Por las que considere que objetivamente supongan un alto riesgo reputacional, operativo, de contagio o de cualquier otro tipo para la el **HOSPITAL DEL SARARE E.S.E**.
- Entiendo y acepto las obligaciones a que se refiere la presente cláusula, la cual será plenamente exigible. Su incumplimiento dará lugar a la terminación del contrato, al pago de los perjuicios ocasionados, al igual se realizarán los reportes de incumplimiento a las entidades de control y el **HOSPITAL DEL SARARE E.S.E**, será exonerada de cualquier culpa o responsabilidad.

DECLARACION, CONSTANCIA Y FIRMA DE LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN

Declaro: que la información contenida en este formato de conocimiento de Tercero es Verdadera, Completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada, por lo cual autorizo a que sea validada por la **HOSPITAL DEL SARARE E.S.E** y 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.

Firma del vinculante	No. Identificación
----------------------	--------------------

HUELLA
ÍNDICE DERECHO

La información consignada en el presente documento se presume veraz, por lo que cualquier imprecisión, alteración o falsedad es responsabilidad exclusiva de quien diligencia el documento. De igual manera, cualquier modificación o cambio relativo a la información consignada en el presente documento, deberá ser comunicado por escrito al **HOSPITAL DEL SARARE**.

ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL HOSPITAL DEL SARARE

CERTIFICO QUE HE CUMPLIDO CON TODAS LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN EL MANUAL DE GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS, Y LO CONSIDERO IDÓNEO PARA SU VINCULACIÓN CON LA ENTIDAD:

VERIFICACIÓN DE DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL VINCULANTE Y ESTADO EN LISTAS RESTRICTIVAS

RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE DATOS Y REQUISITOS VINCULANTES

CUMPLIMIENTO TOTAL DE ENTREGA DE REQUISITOS DOCUMENTALES	NO		SI		
--	----	--	----	--	--

OBSERVACIONES					
---------------	--	--	--	--	--

NOMBRES Y APELLIDOS		FIRMA			
---------------------	--	-------	--	--	--

CARGO		FECHA DE VERIFICACIÓN			
-------	--	-----------------------	--	--	--

VERIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS VINCULANTES

(Este espacio es de uso exclusivo del Oficial de Cumplimiento)

VERIFICACIÓN EN LISTAS VINCULANTES	PERSONA PEP	SI		NO	
------------------------------------	-------------	----	--	----	--

OBSERVACIONES					
---------------	--	--	--	--	--

RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN DE LISTAS VINCULANTES (Nacionales e Internacionales)	FECHA DE VERIFICACIÓN				
---	-----------------------	--	--	--	--

NOMBRES Y APELLIDOS		FIRMA			
---------------------	--	-------	--	--	--

CARGO		FECHA DE VERIFICACIÓN			
-------	--	-----------------------	--	--	--