

	Formato	Código	F_14_DI
	Vinculación y actualización persona natural	Versión	3
		Página	1 de 5

La Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Itagüí, dentro de su Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), ha dispuesto del presente formulario para el diligenciamiento de las personas naturales que pretenden vincularse por primera vez o requieran actualizar su información, en cumplimiento de las directrices de la Superintendencia Nacional de Salud y normas internacionales.

Política de tratamiento de información y protección de datos personales

La E.S.E Hospital San Rafael de Itagüí, comunica que la información suministrada en el presente formulario será tratada de manera segura y confidencial, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, los decretos 1377 de 2013, 1074 de 2015 y la política institucional que se encuentra publicada en nuestra página web www.hsanrafael.gov.co. Se adjunta el enlace: <https://hsanrafael.gov.co/?s=tratamiento>

Instrucciones para su diligenciamiento:

1. La información acá solicitada, no tiene impedimento legal, ni goza de reserva comercial, tratándose del cumplimiento de normas de orden público, que acogen las recomendaciones del Grupo de Acción Financiera Internacional (GAFI) en materia Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT), para identificar la contraparte y asegurar que se tenga la información adecuada, precisa y oportuna sobre la persona jurídica. Tampoco vulnera los mandatos que protegen la reserva de los libros y papeles del comerciante, a la luz de lo dispuesto en el artículo 61 y s.s. del Código de Comercio.
2. Recuerde que si no cumple con todos los requerimientos exigidos en el presente formulario no se podrá crear como contraparte o actualizar la información para su continuidad.
3. El formulario debe ser diligenciado completamente, de manera digital o en letra legible, utilizando tinta negra.
4. Debe colocarse la fecha de diligenciamiento del formulario, ser firmado y colocar su respectiva huella.
5. Es posible que alguna información no aplique, en cuyo caso, deberá colocar **N/A**.
6. **PEP's**: son personas Políticamente expuestas aquellas que manejan recursos públicos o se les ha confiado una función pública prominente en una organización internacional o del Estado. Y Públicamente expuestas, aquellas personas que gozan de reconocimiento público. Teniendo esta definición, deberá responderse en el presente formulario las personas catalogadas como PEP's.
7. El Hospital podrá requerir otros documentos de acuerdo con la naturaleza del contrato.

Fecha de diligenciamiento (DD MM AAAA)			
El presente Formulario se diligencia con motivo de		<input type="checkbox"/>	Vinculación por primera vez
		<input type="checkbox"/>	Actualización
Tipo de Vinculación	<input type="checkbox"/> Proveedor	<input type="checkbox"/> Contratista	
	<input type="checkbox"/> Agremiado	<input type="checkbox"/> Otro	
¿Cual? _____			
Tipo de Producto	<input type="checkbox"/> Bienes	<input type="checkbox"/> Servicios	
INFORMACIÓN GENERAL			
Primer nombre		Segundo nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Tipo de Documento	<input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Cédula Extranjería	<input type="checkbox"/> Pasaporte
	<input type="checkbox"/> Carné Diplomático	<input type="checkbox"/> Otro	¿Cuál? _____
N° Identificación		Fecha de expedición (DD MM AAAA)	
Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento (DD MM AAAA)	
Nacionalidad		Correo Electrónico	
Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	
Dirección		Ciudad	
Departamento		País	
Teléfono fijo		Celular	
Correo electrónico			
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero (a)	<input type="checkbox"/> Casado (a)	<input type="checkbox"/> Viudo (a)
	<input type="checkbox"/> Unión Libre	<input type="checkbox"/> Separado (a)	
ACTIVIDAD ECONÓMICA			
Tipo de actividad	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Independiente	
	<input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Estudiante	
	<input type="checkbox"/> Rentista	<input type="checkbox"/> Otro	¿Cuál? _____
Detalle de Actividad que realiza (Aplica para Contratistas, Independiente, rentista y Otros)			
* Código CIU			

Nombre de la empresa			NIT		
Sector	<input type="checkbox"/> Mixto	<input type="checkbox"/> Público	<input type="checkbox"/> Privado		
Cargo			Antigüedad en meses		
Dirección			Ciudad		
Departamento			País		
Teléfono fijo			Celular		
Correo electrónico					
Responda sí o no a las siguientes preguntas	¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?	
NIVEL EDUCATIVO					
<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> Profesional			
<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Tecnológico	<input type="checkbox"/> Posgrado			
<input type="checkbox"/> Competencia/oficio					
Título (s) Técnico y/o Profesional y/o Competencia/Oficio:					
Título (s) Posgrado:					
INFORMACIÓN FINANCIERA					
Ingresos mensuales			Egreso o gastos mensual		
Sueldo/comisiones	\$	Gastos Familiares		\$	
Ingresos por arriendo	\$	Arriendo/vivienda		\$	
Otros ingresos	\$	Pagos otras deudas		\$	
Total Ingresos Mes	\$	Total Egresos o Gastos		\$	
A continuación, registre el valor total (Sumatoria) de aquellos conceptos que figuren a su nombre, tales como: Propiedades + Vehículos + Saldos en cuentas + Inversiones, entre otros.			A continuación, registre el valor total (Sumatoria) de aquellos conceptos que usted adeuda, tales como: Prestamos vivienda o vehículo + Prestamos de libre destinación + Tarjetas de crédito + Impuestos + Otros conceptos		
Total activos		Total pasivos		Total Patrimonio	
Detalle de otros ingresos no operacionales o derivados de otra actividad (especificar) _____					
Información financiera a corte de (DD MM AAAA) _____					
OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA					
¿Realiza operaciones en moneda extranjera?	<input type="checkbox"/> Si	¿Cual? _____	<input type="checkbox"/> No		
¿Posee productos financieros en el exterior?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
¿Posee cuentas en moneda extranjera?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Banco			Moneda		

País		Ciudad	
<input type="checkbox"/>	Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera.		
INFORMACIÓN BANCARIA			
Nombre de la Entidad Bancaria			
Sucursal/Oficina			
Tipo de cuenta	<input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente	No. de cuenta	
País		Ciudad	
INFORMACIÓN TRIBUTARIA			
Responsable de IVA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	No responsable de IVA	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Régimen simple de tributación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Gran contribuyente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Autorretenedor	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

AUTORIZACIÓN LEY 1918 de 2018			
El(la) suscrito(a) _____			
identificado con _____	Número _____		
Expedida el día _____ autorizo libre, expresa e inequívocamente a el Hospital San Rafael de Itagüí a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales contra menores edad de la Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación contractual o legal y a monitorearse en caso de llegarse a formalizar, a partir del inicio de esta y mientras se encuentre vigente dicha relación, atendiendo a lo señalado en la Ley 1918 de 2018, y sus decretos reglamentarios en especial, los decretos 753 de 2019 y 351 de 2020. Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Información y Datos Personales publicada en https://hsanrafael.gov.co/?s=tratamiento manifestando que he sido informado(a) sobre los fines de su tratamiento.			
AUTORIZACIÓN LEY 1918 de 2018			
Ciudad _____	Fecha (DD MM AAAA) _____		
Nombre _____	Cédula _____		
Firma _____			
AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN			
<p>Autorizo a la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Itagüí, para tratar los datos personales relacionados en el presente documento y los soportes que hacen parte de este, incluyendo datos sensibles si los hubiere, para los fines relacionados con su objeto social, de conformidad con su política institucional. Así mismo, autorizo la validación y verificación de la información y la consulta en fuentes de información y listas de control nacionales e internacionales públicas en cumplimiento de su Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de activos y financiación del terrorismo (SARLAFT).</p> <p>Además, manifiesto que:</p> <p>Declaro que la información que he suministrado es veraz, verificable y exacta, así mismo eximo a el Hospital san Rafael de Itagüí de cualquier responsabilidad proveniente de información que resultare ser errónea, falsa o inexacta y la autorizo a realizar los reportes pertinentes de conformidad a las disposiciones legales.</p> <p>Me comprometo a poner en conocimiento del Hospital San Rafael de Itagüí cualquier cambio o modificación que se surta en su información y/o documentación, sin perjuicio de actualizar la información anualmente.</p> <p>Tengo claridad que, el Hospital San Rafael de Itagüí podrá abstenerse de tener algún relacionamiento o terminar unilateralmente el vínculo contractual, en los siguientes eventos:</p>			

- Por estar vinculado (a) por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, financiación del terrorismo, lavado de activos, terrorismo, testaferrato y/o tráfico de estupefacientes.
- Estar incluido (a) en listas restrictivas internacionales vinculantes a Colombia, de acuerdo con lo estipulado en la Manual SARLAFT.
- Ser condenado (a) por delitos fuente del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo, señalados en el Código Penal Colombiano.

DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS/DESTINO DE LOS RECURSOS

Declaro expresamente que mis actividades a título personal son lícitas y está dentro del marco de la Ley. Que los recursos no provienen ni se destinarán al lavado de activos y/o la financiación del terrorismo.

Origen de Fondos

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

Firma _____

Huella, índice
derecho

DOCUMENTOS ANEXOS AL PRESENTE FORMULARIO

Copia del documento de identificación	
Copia del número de la identificación tributaria (RUT completo).	
Declaración de renta de los dos últimos años y/o certificado de ingresos y retenciones de los dos últimos años.	

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE ITAGÜÍ

Nombre y apellidos de la persona que realiza la verificación de la información			
Cargo			
Firma		Fecha verificación	
		Año	Mes

1. RELACIÓN DE VERSIONES

Versión	Fecha de aprobación	Descripción
1	Diciembre 16 de 2016	Documento inicial.
2	Marzo 10 de 2021	El código correspondiente al formato anterior era el F_11_GF-8 y los ajustes realizados respecto a este formato obedecen a requerimientos de SARLAFT, se incluye datos adicionales que soporten la segmentación y nivel de riesgo.

Elaboró	Revisó	Aprobó	Visto Bueno
Luisa Fernanda Rúa Vásquez Liliana María Morales Zapata Profesional de Planeación y Calidad Planeación y Calidad	Lina Marcela Montoya Subgerente General Oficial de cumplimiento Direccionamiento y Gerencia	Diego León Muñoz Zapata Gerente Secretario Junta Directiva Direccionamiento y Gerencia	Luis Fernando Cadavid Tejada Líder Oficina Jurídica Gestión Jurídica
Fecha: 2021-03-10	Fecha: 2021-03-10	Fecha: 2021-03-10	Fecha: 2021-03-10