

	NOMBRE <b>FORMATO DE VINCULACIÓN</b>		CÓDIGO <b>02-FT-056</b>
	TIPO DE DOCUMENTO <b>FORMATO</b>	PROCESO <b>MEJORAMIENTO CONTINUO</b>	VERSIÓN 005

Fecha de diligenciamiento			Tipo de Cliente o Contraparte						Tipo de Solicitud	
día mes año	Cliente	Contratista	Prestador IPS	Proveedor			Vinculación			
	Colaborador	Junta Directiva		Otro			Actualización			
Ciudad	Regional					Zonal				

**I. INFORMACIÓN GENERAL**

PERSONA NATURAL																	
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Tipo de documento			N° Identificación						
								CC	<input type="checkbox"/>	CE	<input type="checkbox"/>	TI	<input type="checkbox"/>	PAS	<input type="checkbox"/>	CD	<input type="checkbox"/>
Lugar de expedición			Fecha de expedición		Lugar de nacimiento			Fecha de nacimiento			Dirección						
			día mes año					día mes año									
Teléfono		Celular		Ciudad		Departamento		Profesión			Ocupación (código CIIU)						
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?										

PERSONA JURÍDICA											
Razón Social						NIT			Correo electrónico		
Tipo de sociedad:		Anónima		Limitada		S.A.S.		Otra		¿Cuál?	
Tipo de empresa:		Privada		Pública		Mixta		Sin ánimo de lucro			

**Actividad económica principal**

Salud		Farmacéutico		Químico		Industrial		Otro		¿Cuál?	
Transportes		Servicios		Comercial		Financiero		Código CIIU			
Descripción de la actividad económica											
Dirección oficina principal				Teléfono		Celular		Ciudad		Departamento	
Dirección agencia o sucursal				Teléfono		Celular		Ciudad		Departamento	

Representante Legal															
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Tipo de documento			N° Identificación				
								CC	<input type="checkbox"/>	CE	<input type="checkbox"/>	PAS	<input type="checkbox"/>	CD	<input type="checkbox"/>
Lugar de expedición			Dirección					Teléfono		Ciudad					

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?				

**Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (adjuntar relación si los campos son insuficientes)**

Razón social o nombres y apellidos	Tipo de documento	N° Documento	% de Participación	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?

**JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACIÓN SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)**

Nombres y apellidos	Tipo de documento	N° Documento	Principal o suplente	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?

**II. INFORMACIÓN FINANCIERA**

Total activos \$		Total pasivos \$		Patrimonio \$	
Ingresos mensuales \$		Egresos mensuales \$		Otros ingresos \$	
Concepto de otros ingresos		Información financiera a corte de:			

**III. INFORMACIÓN BANCARIA**

Tipo de Cuenta		Entidad Financiera	N° de cuenta	Sucursal	Teléfono
Corriente	Ahorros				

**IV. REFERENCIAS COMERCIALES**

Nombre	Teléfono	Dirección	Ciudad

**V. OPERACIONES INTERNACIONALES**

¿Realiza operaciones internacionales? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo de transacciones							
	Importaciones	Exportaciones	Inversiones	Préstamos	Pago de servicios	Transferencias	Otros	
¿Cual?								

**Productos financieros en moneda extranjera**

Tipo de producto	No. de producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

**VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**

**Declaro expresamente que:**

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo sustituya, modifique o adicione.
- No he efectuado transacciones u operaciones relacionadas o destinadas a la ejecución de actividades ilícitas tipificadas en el Código Penal colombiano, o en cualquier norma que lo sustituya, adicione, o modifique, o a favor de personas que ejecuten o estén relacionadas con la ejecución de dichas actividades.
- En desarrollo de las operaciones propias de la actividad en que consista el contrato o negocio jurídico celebrado con SOCIMÉDICOS S.A.S., no contrataré, ni tendré vínculos de ningún tipo con terceros que realicen operaciones o cuyos recursos provengan de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal colombiano, o en cualquier norma que los sustituya, adicione, o modifique.
- Cumplo con las normas sobre prevención y control al lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT) que resulten aplicables, teniendo implementadas las políticas, procedimientos y mecanismos de prevención y control al LA/FT que se deriven de dichas disposiciones legales.
- La entidad que represento, sus accionistas, asociados o socios, representantes legales y miembros de la junta directiva, no se encuentran en las listas internacionales vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional, listas de las Naciones Unidas o en las listas de la OFAC, estando SOCIMÉDICOS S.A.S., facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes, así como para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que yo o alguna de las personas a quienes represento, figuran en dichas listas.
- La entidad que represento, sus accionistas, asociados o socios, representantes legales y sus miembros de la junta directiva, no cuentan con investigaciones o procesos penales por delitos dolosos, estando SOCIMÉDICOS S.A.S., facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes en las bases de datos o informaciones públicas nacionales o internacionales, así como para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que yo o alguna de las personas mencionadas tienen investigaciones o procesos, o existe información en dichas bases de datos, que puedan exponer a SOCIMÉDICOS S.A.S., a un riesgo legal o que pongan en entredicho su reputación.
- En caso de que tenga conocimiento de algunas de las circunstancias descritas en los dos puntos anteriores, me comprometo a comunicarlo de inmediato a SOCIMÉDICOS S.A.S.
- La persona jurídica que represento y yo, autorizamos a SOCIMÉDICOS S.A.S., a comunicar a las autoridades nacionales, sobre alguna o cualquiera de las situaciones en este documento descritas, así como a suministrar a las autoridades competentes, toda la información personal, pública, privada o semiprivada que sobre mí o sobre la persona natural o jurídica que represento, ellas requiera. Así mismo, para que SOCIMÉDICOS S.A.S., efectúe los reportes y consultas a las autoridades competentes, que considere procedentes de conformidad con sus reglamentos y su Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo (SARLAFT), exonerándola de toda responsabilidad por tal hecho.
- La información que he suministrado en este documento es exacta, veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente, facultando a SOCIMÉDICOS S.A.S., a efectuar las verificaciones que consider pertinentes y dar por terminado el contrato o negocio jurídico, si verifica, o tiene conocimiento de que ello no es así.
- SOCIMÉDICOS S.A.S., está en la obligación legal de solicitar las aclaraciones que estime pertinentes en el evento en que se presenten circunstancias con base en las cuales SOCIMÉDICOS S.A.S., pueda tener dudas razonables sobre mis operaciones o las operaciones de la persona jurídica que represento, así como del origen de nuestros activos, evento en el cual suministraremos las aclaraciones que sean del caso. Si estas no son satisfactorias a juicio de SOCIMÉDICOS SAS, la autorizamos para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica.
- La totalidad de pagos que realiza la sociedad que represento en ejecución de la relación comercial vigente con SOCIMÉDICOS S.A.S., se efectúa de forma directa y con recursos propios y no a través de terceros, ni con recursos de terceros.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

**VII. DECLARACIONES ADICIONALES**

1. Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?	Si	No	
2. La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton?	Si	No	
3. Si es persona natural ha sido incluido en listas inhibitorias como la lista Clinton?	Si	No	

**VIII. DOCUMENTOS SOLICITADOS**

1. RUT (Registro Unico Tributario)	
2. Certificado cámara y comercio	
3. Copia identificación Representante Legal	
4. Estados financieros 2 ult años gavables	

**IX. 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 siguiente documento:



**Firma**

(Persona natural o Representante Legal si es persona jurídica)

**Huella**

Autorizo a SOCIMÉDICOS S.A.S. para el tratamiento de los datos personales de acuerdo con la normativa vigente en Colombia. Si  No

Política de tratamiento de datos personales de SOCIMÉDICOS S.A.S publicada en: [www.ipsclinicasanrafael.com/pacientes-y-visitantes/](http://www.ipsclinicasanrafael.com/pacientes-y-visitantes/)

**X. DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURÍDICA**

Nombre de la persona que lo diligencia	Tipo de documento			Número de identificación
	CC	CE	PAS	
Lugar de expedición	Firma			