



FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/FPADM
Disposiciones contenidas en la circular 009/2016 y 005/2021 Superintendencia Nacional de Salud
Clínica Médicos S.A.

Código: FIN-FT-11

Fecha de aprobación: 09/02/2023

Versión: 01

Página 1 de 1

Clase de vinculación:

- Empleado Proveedor Contratista Socio Especialista Cliente
 Otra ¿Cuál?

Favor diligenciar todos los espacios del formulario en letra imprenta, sin tachones ni enmendaduras. Aquellos cuyo diligenciamiento no aplique, coloque N/A. (Marque con una "X" las opciones de respuesta).

Fecha de diligenciamiento:

1. PERSONA NATURAL

P. Apellido <input type="text"/>	S. Apellido <input type="text"/>	Tipo de documento: <input type="radio"/> C.C <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> R.C <input type="radio"/> P.S.	
P. Nombre <input type="text"/>	S. Nombre <input type="text"/>	Número de documento: <input type="text"/>	
Fecha de expedición: <input type="text"/>	Lugar de nacimiento: <input type="text"/>	Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> Otro	Nacionalidad: <input type="text"/>
Ciudad de residencia: <input type="text"/>	Departamento: <input type="text"/>	Dirección: <input type="text"/>	
Actividad principal: <input type="text"/>	CIU: <input type="text"/>	Ocupación: <input type="text"/>	Empresa donde trabaja: <input type="text"/>
Cargo: <input type="text"/>	Dirección: <input type="text"/>	Teléfono: <input type="text"/>	
Actividad secundaria: <input type="text"/>	CIU: <input type="text"/>	Dirección: <input type="text"/>	Teléfono: <input type="text"/>
¿Qué tipo de producto comercializa? <input type="text"/>			E Mail: <input type="text"/>
Dirección comercial: <input type="text"/>			

2. PERSONA JURÍDICA

Razón social: <input type="text"/>	NIT: <input type="text"/>
Representante legal: <input type="text"/>	<input type="radio"/> C.C <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> P.S.
Número de documento: <input type="text"/>	Fecha de expedición: <input type="text"/>
Lugar de nacimiento: <input type="text"/>	Departamento: <input type="text"/>
Dirección oficina principal: <input type="text"/>	Ciudad: <input type="text"/>
Dirección sucursal o agencia: <input type="text"/>	Ciudad: <input type="text"/>
E mail de contacto: <input type="text"/>	Teléfono móvil: <input type="text"/>
Código CIU: <input type="text"/>	Actividad económica: <input type="text"/>
Tipo de Empresa: <input type="radio"/> Pública <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/> Mixta	Página Web de la empresa: <input type="text"/>

IDENTIFICACIÓN DE LOS SOCIOS O ACCIONISTAS QUE SEAN PROPIETARIOS, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, DE MÁS DEL 5 % DEL CAPITAL SOCIAL
(En caso de ser necesarios más espacios, los mismos deberán anexarse al presente formato)

Denominación social o nombre	Tipo de identificación	No. de identificación	% de participación	¿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)?
<input type="text"/>	<input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> NIT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> NIT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> NIT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> NIT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> NIT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	<input type="text"/>

3. PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE PEP

PEP: Son personas nacionales o extranjeras que por su perfil o por las funciones que desempeñan pueden exponer en mayor grado a la empresa al riesgo de (LA/FT/FPADM), estas manejan recursos y tienen algún grado de poder público o gozan de reconocimiento público.

Responda si o no a las siguientes preguntas

¿Administra recursos públicos?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
¿Tiene reconocimiento público?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
¿Tiene algún grado de poder público?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
¿Alguno de los administradores (Representantes Legales, Miembros de la Junta Directiva) o Socio con una participación, es una persona PEP?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

4. INFORMACIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA (para persona natural y jurídica)

Patrimonio (Pesos):		Pasivos (Pesos):	
Activos (Pesos):		Egresos mensuales (Pesos):	
Ingresos mensuales (Pesos):		Otros ingresos (Pesos):	
Concepto/otros ingresos:			

5. OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Maneja productos financieros en el Exterior? SI NO Importación Exportación Inversiones Giros (Envíos o Recepción) Transferencias Otras

TIPO DE PRODUCTO	NUMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	PAÍS	CIUDAD	MONEDA

6. ARTÍCULOS O SERVICIOS OFRECIDOS

NOMBRE GENÉRICO O UNIVERSAL	NOMBRE COMERCIAL

7. DATOS TRIBUTARIOS Y COMERCIALES

OBJETO SOCIAL DEL PROVEEDOR	ÁREA DE DISTRIBUCIÓN
CLASE DE PROVEEDOR	ENTREGA DE PEDIDOS
FACTURADOR ELECTRÓNICO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Nombre del operador tecnológico facturación electrónica	
Correo de donde se hace la emisión de la factura electrónica:	
TIPO DE CONTRIBUYENTE:	
Régimen de IVA al cual pertenece: <input type="checkbox"/> Común <input type="checkbox"/> Simplificado <input type="checkbox"/> Auto retenedor <input type="checkbox"/> Ninguno No Resolución	
PERSONA CONTACTO PARA ATENCIÓN DE PEDIDOS	NOMBRE
EMAIL CONTACTO COMERCIAL	NÚMERO DE TELÉFONO FIJO:
	NÚMERO CELULAR:

8. DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDO

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:

REFERENCIAS COMERCIALES

COMO PROVEEDOR	COMO CLIENTE
1. <input style="width: 90%;" type="text"/>	1. <input style="width: 90%;" type="text"/>
DIRECCIÓN	DIRECCIÓN
CONTACTO	CONTACTO
TELÉFONOS	TELÉFONOS
CIUDAD	CIUDAD

REFERENCIAS BANCARIAS

Nombre de la cuenta	
Número de la cuenta	
Fecha de apertura	

DATOS PARA PAGO POR TRANSFERENCIA

Nombre de la cuenta	Número de cuenta	Tipo de cuenta <input type="radio"/> Ahorros <input type="radio"/> Corriente
Banco	Persona contacto	FAX

9. DECLARACIONES

Declaro que los recursos utilizados o a utilizarse en cualquier relación comercial y/o contractual con el GRUPO EMPRESARIAL CLÍNICA MÉDICOS, provienen de actividades lícitas; por tal razón, manifiesto que aquellos no son resultado de actividades penalizadas por el ordenamiento colombiano, tales como delitos contra el patrimonio económico, enriquecimiento ilícito o lavado de activos, utilización indebida de fondos captados del público, actividades relacionadas con el tráfico de estupefacientes, testaferrato, delitos contra el orden constitucional o cualquier otro delito o actividad contraria al orden público. Por ende, declaro bajo la gravedad de juramento que ni yo ni la sociedad que represento, los demás representantes legales de la misma ni sus accionistas, actualmente nos encontramos incluidos en ninguna lista restrictiva como la lista OFAC o similares, no hemos sido vinculados a investigación alguna ante cualquier autoridad como resultado de investigaciones en procesos de extinción de dominio, no hemos sido condenados, y no se ha emitido en nuestra contra sentencia o fallo en relación con las conductas mencionadas en este párrafo.

Teniendo en cuenta la presente o futura relación contractual que vaya a tener con el GRUPO EMPRESARIAL CLÍNICA MÉDICOS, me comprometo a:

1. presentar información fidedigna y económicamente ajustada a la realidad, y que asegure la ejecución del contrato en las condiciones de calidad y oportunidad exigidas;
2. Actuar en el proceso de contratación con estricto apego a las normas jurídicas y éticas y conforme a los principios de buena fe, transparencia y equidad;
3. Abstenerme de realizar u ofrecer, directa o por interpuesta persona, pagos de comisiones o dádivas, sobornos u otra forma de halago a cualquier Colaborador del GRUPO EMPRESARIAL CLÍNICA MÉDICOS, o de utilizar medios de presión con el fin de obtener la adjudicación del contrato, u cualquier otro beneficio que se derive del proceso de adjudicación y/o ejecución del mismo;
4. Impartir instrucciones y adoptar todas las medidas necesarias para que todos mis empleados, agentes y cualesquiera otros representantes, no incurran en conductas violatorias señaladas en este formato, exigiéndoles en todo momento el cumplimiento de la normatividad vigente y de las disposiciones de los Códigos, Manuales y Procedimientos aprobados por el GRUPO EMPRESARIAL CLÍNICA MÉDICOS
5. No interferir en la etapa de evaluación de las propuestas para efectos de buscar la descalificación de competidores o influenciar o entorpecer el resultado del proceso;
6. Denunciar, con la debida justificación y de manera inmediata ante las directivas del GRUPO EMPRESARIAL CLÍNICA MÉDICOS, cualquier actuación irregular ejecutada por cualquiera de mis funcionarios, los funcionarios del GRUPO EMPRESARIAL CLÍNICA MÉDICOS o de los demás proveedores;
7. Abstenerme de utilizar a menores de dieciocho (18) años para ejecutar las labores para las cuales sea contratado por el GRUPO EMPRESARIAL CLÍNICA MÉDICOS, salvo que cuente con la debida autorización de la autoridad competente, conforme a lo dispuesto en el artículo 35 de la ley 1098 de 2006 y demás normas que la complementen o modifiquen.

Incumplimiento: Con la firma del presente documento, el firmante entiende y acepta que el incumplimiento de lo señalado en este formato generará como consecuencias:

1. El rechazo de la propuesta presentada en el proceso de contratación;
2. La terminación unilateral del contrato por parte de la sociedad contratante, sin lugar al reconocimiento de suma o indemnización alguna a favor del incumplido;
3. En caso que el Organización advierta hechos constitutivos de corrupción o ilegalidad, tales hechos se pondrán inmediatamente en conocimiento de las autoridades competentes;
4. El inicio de actuaciones legales en contra del incumplido por parte de Organización.

Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo a su verificación ante cualquier persona Natural o Jurídica, Pública o Privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o confirmarla cada vez que así sea solicitada.

CLÁUSULA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL

Las partes involucradas manifiestan de manera expresa su compromiso de cumplir con las regulaciones dictadas por el Gobierno de Colombia en lo que respecta a prácticas anticorrupción. De igual manera, se asegura que se cuenta con el pleno conocimiento y comprensión de dichas normativas, y se garantiza su estricto acatamiento. Además, las partes se comprometen a adherirse al código de ética empresarial establecido por la clínica, reforzando así su compromiso con la integridad, la transparencia y la legalidad en todas las operaciones y relaciones comerciales y/o contractuales involucradas en esta colaboración.

Firma	Huella (Índice derecho)	Fecha DD/MM/AAAA

10. VERIFICACIÓN (para uso exclusivo del Organización)

Hora	Fecha:	Lugar:	Cargo:
Nombre del funcionario responsable:			Se certifica que se llevó a cabo consulta y la revisión de las listas vinculantes respecto de la(s) persona(s), naturales y jurídicas acá señaladas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No.			OBSERVACIONES O.C.:

EL GRUPO EMPRESARIAL CLÍNICA MÉDICOS se reserva el derecho de aceptar o rechazar la presente solicitud, sin estar obligado a suministrar las razones que motivaron tal decisión. El diligenciamiento de este formulario no constituye oferta comercial alguna. Esta información y documentación es confidencial y puede ser solicitada y consultada por la SUPERSALUD o demás autoridades competentes de Colombia o del exterior.