CLÍNICA DE OCCIDENTE

Código certificado:
Fecha actualización LAFT:
Consecutivo:
Dispositivo:

Latitud:
Longitud:
IP:

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PADM- SICOFS/ST - COLABORADORES v2

Esta información es de carácter confidencial y será utilizada exclusivamente en cumplimiento de la Circular Externa No. 000009 / 2016 y la Circular Externa 20211700000005-5 /2021, expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

1. MÓDULO DE IDENTIFICACIÓN

* Nombres y apellidos completos de quién diligencia el formato (Exactamente igual al del documento de identidad):
* Tipo de identificación:
* Identificación (Ingrese identificación sin puntos y sin separadores):
* Número de Celular (Se utilizará para envío de mensajes y código de verificación de identidad):
* Correo electrónico:

2. INFORMACIÓN GENERAL

* Lugar de expedición de documento:
* Fecha de expedición de documento:
* Lugar de nacimiento:
* Fecha de nacimiento:
* Dirección:
* Telefono:
* Celular:
* Ciudad:
* Departamento:
* Profesión:
* Cargo:
* Estrato:
* Actividad u operación con criptomoneda:

NO DILIGENCIAR

3. INFORMACIÓN PEPS

* ¿Administra recursos públicos?:
* ¿Tiene reconocimiento público?:
* ¿Tiene grado de poder público?:
*

¿Tiene vínculo con una persona considerada PEPS? Personas Políticamente Expuestas, son aquellas que ocupan cargos y/o manejan recursos públicos:

4. INFORMACIÓN FINANCIERA

Vigente a la fecha

* Activos (Es el conjunto de bienes, derechos y otros recursos económicos a que Usted tenga registrados a su nombre. Ejemplo: Dinero en efectivo, dinero en cuentas bancarias, casas, apartamentos, fincas, lotes, carros, motos, bicicletas, televisores, celulares, parlantes, cámaras fotográficas, portátiles, CDT´s, cuentas por cobrar; entre otros. Debe sumar el valor de cada uno de los activos a su nombre y escribir el valor total en números en la casilla correspondiente. Si Usted está obligado a declarar renta puede encontrar este valor en su última declaración presentada ante la DIAN) :
* Pasivos (Hace referencia a las deudas ú obligaciones financieras que Usted tenga registrados a su nombre. Ejemplo: Créditos bancarios, hipotecarios, ICETEX, planes postpago celulares; entre otros. Debe sumar el valor de cada uno de los pasivos a su nombre y escribir el valor total en números en la casilla correspondiente. Si Usted es obligado a declarar renta puede encontrar este valor en su declaración correspondiente al año anterior):
* Patrimonio (Son los recursos con los que cuenta un individuo una vez se descuentan sus compromisos y obligaciones económicas, es decir aplicando la siguiente fórmula: Patrimonio= Activos – Pasivos. Se debe escribir el valor total en números en la casilla correspondiente. Si Usted está obligado a declarar renta puede encontrar este valor en su última declaración presentada ante la DIAN):
* Ingresos mensuales (Los ingresos son las entradas de dinero o recursos recibidos por el desarrollo de su actividad económica ordinaria en forma mensual. Ejemplo: El pago del salario mensual para los empleados, el pago de honorarios para el personal de prestación de servicios. Debe anotar el valor en números de sus ingresos recibidos cada mes en la casilla correspondiente. Si Usted está obligado a declarar renta puede encontrar este valor en su última declaración presentada ante la DIAN):
* Egresos mensuales (Son las salidas de dinero que se presentan con el fin de cumplir con un pago. Ejemplo: Pagos por préstamos hipotecarios, préstamos de consumo, ICETEX; entre otros. Debe anotar el valor en números de sus egresos pagados cada mes en la casilla correspondiente. Si Usted está obligado a declarar renta puede encontrar este valor en su última declaración presentada ante la DIAN):
* Otros ingresos (Son aquellos ingresos diferentes a los obtenidos en el desarrollo de la actividad ordinaria, que por lo general son ocasionales o que son accesorios a la actividad principal. Ejemplo: Si Usted es empleado, su ingreso mensual (ordinario u operacional) será su salario, y “otros ingresos” pueden ser resultado del pago por concepto de una asesoría y/o de un trabajo adicional (o no cotidiano) que Usted prestó en determinado momento):
* Concepto de otros ingresos (Se debe precisar a qué corresponden los ingresos que Usted recibe por realizar actividades adicionales, o no cotidianas, diferentes a los ingresos obtenidos en el desarrollo de su actividad ordinaria. Ejemplo: Si Usted es empleado, su ingreso mensual (ordinario u operacional) será su salario, y “otros ingresos” pueden ser resultado del pago por concepto de una asesoría y/o de un trabajo adicional (o no cotidiano) que Usted prestó en determinado momento):

* Información bancaria

Pregunta	Respuesta
Tipo de Cuenta	
Entidad Financiera	

Pregunta	Respuesta
Tipo de Cuenta	
Entidad Financiera	

* ¿Usted declara renta?:

5. OPERACIONES INTERNACIONALES

* ¿Realiza negocios en moneda extranjera?:
* Tipo de transacciones:
* Si seleccionó la opción "Otros", por favor indique cuál?:

* Productos financieros en moneda extranjera

Pregunta	Respuesta
Tipo de producto	
Entidad	
País	
Moneda	

Pregunta	Respuesta
Tipo de producto	
Entidad	
País	
Moneda	

6. DECLARACIÓN DE ORIGEN Y PROCEDENCIA

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y PROCEDENCIA DE FONDO Y AUTORIZACIÓN CONSULTA DE LISTAS RESTRICTIVAS

Declaro expresamente que:
1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita 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, autorizo su verificación ante cualquier persona publica y privada sin limitación alguna, desde ahora o mientras subsista un relación comercial con la Clínica de Occidente S.A. o con quien represente sus derechos.
3. En caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidas en este documento, eximiendo a la Clínica de Occidente S.A. de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que hubiera en este documento , o de la violación del mismo.
4. Autorizo a la Clínica de Occidente S.A., o a quien represente sus derechos para que consulte en centrales de riesgo CIFIN, DATACREDITO, COVINOC, COMPUTEC, INCOCREDITO , CREDICHEQUE, FENALCHEQUE, sobre mi trayectoria FINANCIERA.
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detallo ocupación, oficio, actividad o negocio):

* Origen:
* Si seleccionó la opción "Otro", por favor indique cuál?:

7. DECLARACIONES ADICIONALES Y AUTORIZACIÓN

* ¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo? :
* ¿Ha sido incluido en listas inhibitorias como la lista Clinton?:
* Declaro haber leído cuidadosamente, el contenido de los documentos que a continuación detallo Política Sarlaft y Política Sicof y haberlos comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances e implicaciones.:
* ¿Tiene parentesco hasta cuarto grado de consanguinidad (Padres, hijos, hermanos, abuelos, nietos, tíos, sobrinos, primos), hasta segundo grado de afinidad (Cónyuge, suegro(a), hijastro(a), cuñado(s), abuelos y nietos del cónyuge), civil (padres o hijos adoptivos) con directivos de nuestra organización, con capacidad de influenciar, decidir, adjudicar a favor de la empresa? :

En caso de que su respuesta sea afirmativa, diligenciar las preguntas del siguiente link:
https://desqubra.com.co/listas/public/conflicto_interes/responder_conflicto/18

* Personas relacionadas en la declaración de Conflicto de interes

Pregunta	Respuesta
Nombre(s) y Apellido (s): Persona(s) que supuestamente tiene(n) conflicto de interés	
Cargo ocupado	
Empresa donde labora y/o presta sus servicios profesionales	
Tipo de relación existente (Ej: Amistad, sentimental, sociedad económica, familiar; etc)	
Por favor detalle la información sobre el supuesto conflicto de interés de la manera más clara y precisa.	

Pregunta	Respuesta
Nombre(s) y Apellido (s): Persona(s) que supuestamente tiene(n) conflicto de interés	
Cargo ocupado	
Empresa donde labora y/o presta sus servicios profesionales	
Tipo de relación existente (Ej: Amistad, sentimental, sociedad económica, familiar; etc)	
Por favor detalle la información sobre el supuesto conflicto de interés de la manera más clara y precisa.	

Pregunta	Respuesta
Nombre(s) y Apellido (s): Persona(s) que supuestamente tiene(n) conflicto de interés	
Cargo ocupado	
Empresa donde labora y/o presta sus servicios profesionales	
Tipo de relación existente (Ej: Amistad, sentimental, sociedad económica, familiar; etc)	
Por favor detalle la información sobre el supuesto conflicto de interés de la manera más clara y precisa.	

Pregunta	Respuesta
Nombre(s) y Apellido (s): Persona(s) que supuestamente tiene(n) conflicto de interés	
Cargo ocupado	
Empresa donde labora y/o presta sus servicios profesionales	
Tipo de relación existente (Ej: Amistad, sentimental, sociedad económica, familiar; etc)	
Por favor detalle la información sobre el supuesto conflicto de interés de la manera más clara y precisa.	

Pregunta	Respuesta
Nombre(s) y Apellido (s): Persona(s) que supuestamente tiene(n) conflicto de interés	
Cargo ocupado	
Empresa donde labora y/o presta sus servicios profesionales	

Pregunta	Respuesta
Tipo de relación existente (Ej: Amistad, sentimental, sociedad económica, familiar; etc)	
Por favor detalle la información sobre el supuesto conflicto de interés de la manera más clara y precisa.	

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

CLINICA DE OCCIDENTE S.A, identificada con NIT No. 890.300.513-3 actuará como responsable del Tratamiento de los datos personales recolectados conforme a la política de protección y tratamiento de datos personales de la Clínica de Occidente contenida en la dirección https://clinicadeoccidente.com.co/wp-content/uploads/2023/01/SISDO006-POLITICA-DE-TRATAMIENTO-DE-DATOS-PERSONALES.pdf y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y demás normas reglamentarias.

Todas las personas tienen derecho a: conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información que se haya recogido sobre ellas, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales. Para ejercer sus derechos como titular de la información, cualquier inquietud o información adicional con sus datos, puede contactarse mediante correo electrónico a protecciónddedatos@clinicadeoccidente.com. , a través del diligenciamiento de este documento usted nos autoriza de manera inequívoca, libre, voluntaria, previa, explicita e informada al tratamiento de su información personal para los siguientes fines:

1. Recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, verificación y cruces en portales y listas restrictivas y en general, el tratamiento de los datos suministrados en virtud de las relaciones legales, contractuales, comerciales y/o de cualquier otra índole que surja en desarrollo y ejecución de los fines descritos en el presente documento.
2. La realización de consultas y verificaciones en listas de riesgo, portales de información pública para la administración del riesgo del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo – SARLAFT y otros riesgos asociados.
3. La autorización que nos concede por medio de este documento se extiende durante la totalidad del tiempo en el que pueda perdurar el vínculo o este persista por cualquier circunstancia con CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A. y con posterioridad al finiquito del mismo, siempre que tal tratamiento se encuentre relacionado con las finalidades para las cuales los datos fueron inicialmente suministrados.

En este sentido, declaro conocer que, me ha (n) sido informada(s) la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales de los cuales soy titular o los datos de los empleados de la empresa que represento, para fines administrativos, comerciales y contractuales, las cuales autorizo con la firma de este documento: Tratamiento de datos para todo lo referente al tema contractual; Desarrollar procesos de selección, La realización de consultas y verificaciones en listas de riesgo, portales de información pública para la administración del riesgo del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo – SARLAFT y otros riesgos asociados. evaluación y adjudicación de contratos; Utilizar datos personales para gestión contractual; Desarrollar el objeto contractual pactado; Realizar mantenimiento a los contratos existentes; administrar la compra de productos o servicios; Gestionar procesos de cobranzas; Facturación de Pagos de los servicios prestados y reintegros de excedentes por pagos realizados; Incluir sus datos personales en la base de datos de Contratación de la Organización; revisión, análisis y seguimiento estadístico; realizar validaciones y monitoreo para la prevención de delitos; seguridad de las personas, bienes e instalaciones; Controlar el acceso físico y logístico a instalaciones y activos de CLINICA DE OCCIDENTE S.A; recopilación de datos biométricos; Generar claves de acceso a los aplicativos de CLINICA DE OCCIDENTE S.A utilizados durante la prestación del servicio; Seguimiento a adherencia a protocolos y procedimientos establecidos por la organización; identificación de los titulares de los datos; Cotizar servicios de salud solicitados por el titular de los datos; Ofertar portafolio de servicios a clientes nuevos y formalización de procesos de contratación; contacto vía telefónica, mensaje de texto o correo electrónico con comunicaciones de La CLINICA DE OCCIDENTE S.A, incluidas las comerciales; remisión de comunicaciones y contacto a través de los medios registrados; encuestas de opinión; gestión económica y contable; marketing; prospección comercial; transmisión y/o transferencia de los datos personales a las autoridades competentes, Entes de Inspección, Vigilancia y Control, y otros terceros en los casos que esto sea necesario.

Sobre el carácter facultativo o voluntario al responder preguntas que traten sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.

La CLINICA DE OCCIDENTE S.A garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reserva el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en el

sitio web: https://clinicadeoccidente.com.co/

De acuerdo con lo anterior, en desarrollo de lo establecido en la ley 1581 del 2012 y sus decretos sobre protección de datos personales, autorizo con mi firma de manera expresa, informada y explícita a La CLINICA DE OCCIDENTE S.A, para que utilice los datos personales que he suministrado o que han sido capturados por cualquier método incluido las cámaras de videovigilancia, registros fílmicos o fotográficos, para la finalidad contenida en este documento.

Consulte la Política de Tratamiento de Datos Personales de La CLINICA DE OCCIDENTE S.A en: https://clinicadeoccidente.com.co/

Finalmente confirmo que, para los casos de suministrar datos personales de los empleados de la empresa que represento, cuento con la debida aprobación para otorgar dicha autorización.

* Acepto:

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento en la fecha

_____

Nombre completo:
Identificación: