

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P07-F-04	
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	6	
	FORMATO ÚNICO DE INFORMACIÓN SARLAFT		VIGENCIA:	20-11-2021	
Página 1 de 1					
Ciudad:		Fecha:	Día	Mes	Año

ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL Y SERÁ UTILIZADA PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR EXTERNA 000009 DEL 21 DE ABRIL DE 2016, EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.
ÉSTE FORMATO CONTIENE INFORMACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA COMO TAMBIÉN SERÁ UTILIZADO PARA RECIBIR INFORMACIÓN DE NUESTROS PROVEEDORES.

INFORMACIÓN BÁSICA
PERSONA NATURAL

Nombres y Apellidos										
Tipo de documento	C.C.	☐	Tl.	☐	C.C de extranjería	☐	Carné diplomático	☐	Pasaporte	☐
	Número									
Lugar de nacimiento	☐	☐	Fecha de nacimiento				Fecha			
							Día	Mes	Año	
Dirección de residencia										
Teléfono de residencia							Celular			
Ocupación, oficio o profesión										
¿Es servidor público?	Si	☐	No	☐						
Es una persona expuesta políticamente (PEP)	Si	☐	No	☐						
Maneja recursos públicos y/u ostenta grado de poder público y/o goza de reconocimiento público	Si	☐	No	☐						
Realiza operaciones internacionales (si la respuesta es si marque cual tipo de operación)	Si	☐	Importaciones	☐	Exportaciones	☐	Inversiones	☐	Préstamos	☐
	No	☐	Giros	☐	Pago de servicios	☐	Transferencia	☐	Otro	Cual?

PERSONA JURIDICA

Razón Social										
Nombre Comercial corto o sigla										
Tipo de documento	NIT.	☐	Número							

INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL

Nombres y Apellidos					
Cédula de Ciudadanía	No.	Lugar de Expedición	Fecha Expedición		
			Día	Mes	Año
Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento		Fecha		
			Día	Mes	Año
Nacionalidad					
Cargo					
Dirección de oficina					
Teléfono de oficina					
Correo electrónico					

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P07-F-04
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	6
	FORMATO ÚNICO DE INFORMACIÓN SARLAFT	VIGENCIA:	20-11-2021
Página 1 de 1			

TIPO DE CONTRIBUYENTE

Entidad Pública	SI ☐ NO ☐	Entidad Privada	SI ☐ NO ☐ Otro ☐ Cual? ☐
Renta	Persona Natural ☐	Persona Jurídica ☐	Régimen Ordinario ☐
ICA	Autorretenedor ☐	Régimen Especial ☐	
Agente Retenedor de Iva	Gran Contribuyente ☐	Régimen Común ☐	Régimen Simplificado ☐
Agente de Retención de Renta	Agente Retenedor IVA ☐	Régimen Simple ☐	Agente Ica ☐
	Régimen Común ☐	Gran Contribuyente ☐	
	SI ☐ NO ☐	Sujeto a retención de IVA	SI ☐ NO ☐

INFORMACIÓN LEGAL

Tipo de Sociedad	Anónima ☐ Limitada ☐ S.A.S. ☐ Otro ☐ Cual? ☐
------------------	---

INFORMACIÓN FINANCIERA

Actividad económica principal Renta	Descripción	Código	Fecha inicio de actividad
			Día Mes Año
Actividad económica secundaria Renta	Descripción	Código	Fecha inicio de actividad
			Día Mes Año
Actividad económica ICA	Descripción	Código	Fecha inicio de actividad
			Día Mes Año
Ingresos mensuales	Egresos mensuales		
Activos	Pasivos		
Patrimonio	Otros Ingresos		
Conceptos otros ingresos	Otros Ingresos		
Gastos	Otros Gastos		
Actividad en operaciones Internacionales	SI ☐ NO ☐ Si su respuesta es si, señale qué tipo de transacción realiza:		
	Importaciones ☐	Exportaciones ☐	Inversiones ☐
	Pago de servicios ☐	Transferencia ☐	Giros ☐
	Préstamo ☐		
	¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos? SI ☐ NO ☐		
	Tipo de Producto :	Identificación del producto:	
	Entidad:	Monto:	
	Ciudad:	País	Moneda:
	SI ☐	NO ☐	
Declaración de la Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas en el Extranjero (FATCA)			
Fecha de corte de la información anual	DÍA	MES	AÑO

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P07-F-04
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	6
	FORMATO ÚNICO DE INFORMACIÓN SARLAFT	VIGENCIA:	20-11-2021
			Página 1 de 1

REFERENCIA BANCARIA

Nombre Entidad Bancaria		Número de cuenta	
Tipo de cuenta	Corriente	Ahorros	
Sucursal		Nombre Tesorero	
Correo electrónico			

REFERENCIA COMERCIAL

Empresa	
Nombre del contacto	
Teléfono	
Empresa	
Nombre del contacto	
Teléfono	

DOCUMENTOS SOLICITADOS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

Documento de identificación del representante legal o persona natural	
Fotocopia del NIT, RUT o fotocopia de cédula (persona natural)	

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que he sido informado que:

- El Instituto Nacional de Cancerología Empresa Social del Estado (ESE) actuará como responsable del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Privacidad y Protección de Datos Personales en el Instituto Nacional de Cancerología Empresa Social del Estado (ESE), disponible en el portal <http://www.cancer.gov.co/Políticas/Politica-de-Seguridad-Informática.pdf>
- Es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles, así como que no estoy obligado a autorizar su tratamiento.
- Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley (Leyes 1266 de 2008 y 1588 de 2012 – Decretos 1377 de 2013 y 1074 de 2015), especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
- Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos y observando la Política de Privacidad y Protección de Datos Personales en el Instituto Nacional de Cancerología Empresa Social del Estado (ESE).
- Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico gestióndocumental@cancer.gov.co.
- El INC-ESE garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservan el derecho de modificar su Política de Privacidad y Protección de Datos Personales en el Instituto Nacional de Cancerología Empresa Social del Estado (ESE), en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.

DECLARACIONES

Declaración voluntaria de origen de fondos: Declaro que los recursos utilizados o a utilizarse en cualquier relación comercial y/o contractual con el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., provienen de actividades lícitas; por tal razón, manifiesto que aquellos no son resultado de actividades penalizadas por el ordenamiento penal 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 gravedad de juramento que ni yo ni la sociedad que represento, los demás representantes legales de la misma ni sus accionistas, empleador o colaboradores, 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, el patrimonio del estado o delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiamiento de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico o soborno transnacional, no hemos sido condenados, y no se ha emitido en nuestra contra sentencia o fallo en relación con las conductas mencionadas en este párrafo.

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 su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar anualmente la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado. (Si es persona jurídica, firma el representante legal).

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 a los _____ días del mes de _____ del año _____, en la ciudad de _____.



Nombre Representante Legal
o
Persona Natural

Firma Representante Legal
o
Persona Natural

Nombre de quien diligencia
la información

Firma de quien diligencia la
información

VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN DE ACTUALIZACIÓN	RESPONSABLE OYM
2	19-02-2018	Documento migrado	Administrador del Sistema Tms
3	19-12-2019	Se actualiza por vigencia	Paula Andrea Salamanca Medina
4	05-08-2020	Se realiza actualización de vigencia del formato	Paula Andrea Salamanca Medina
5	27-02-2021	Se solicita la modificación del formato en el que se incluye en el campo de información del representante legal campo de fecha y lugar de nacimiento y se adiciona una casilla de nombre y firma de quien diligencia	Paula Andrea Salamanca Medina
6	20-11-2021	Se ajuste al formato de acuerdo a la circular de la supersalud	Paula Andrea Salamanca Medina

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Cargo:	Profesional Universitario	Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Cargo:	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	Dependencia:	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
Fecha:	18-11-2021	Fecha:	19-11-2021	Fecha:	19-11-2021