

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DE LOS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA- SARLAFT/PADM Y RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE-SICOF	CÓDIGO: VERSIÓN: VIGENCIA: GSI-P07-F-04 8 05-05-2022
---	--	--

Pais <u>Colombia</u>	Ciudad: <u>Bogota</u>	Fecha: <u>2024-04-23</u>
Quien diligencia el formulario <u>Ana Nancy Camelo Vanegas</u>	Documento quien diligencia el formulario <u>51986234</u>	

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a los lineamientos expedidos por la Superintendencia Nacional De Salud mediante la circular externa 000009 de 2016 y modificatorias. Diligenciar todos los campos , sin tachones ni enmendaduras, cuando no aplique colocar N/A

INFORMACION BASICA

Tipo de Novedad <u>Actualización</u>	Tipo de Vínculo <u>Cliente</u>	Tipo de Persona <u>Jurídica</u>
Tipo Vinculación <u>Contrato de obra bien y servicio</u>		
Nombres y Apellidos completos o Razón social	<u>Instituto Nacional de Cancerologia</u>	
Tipo de entidad	<u>Pública</u> <u>Nacional</u>	<u>Otro ¿Cuál?</u>
Tipo Documento	<u>Nit</u> Número <u>899999092</u>	<u>Otro ¿Cuál?</u>
Información contacto empresa	Dirección <u>Calle 1 9 85</u>	
	Telefono <u>6014817000</u>	
	Correo electrónico <u>acamelo@cancer.gov.co</u>	

Lugar de constitución

Fecha de constitución

1934-07-20

País

Colombia

Ciudad

Bogotá

Nombres y Apellidos completos del representante legal

Carolina Wiesner Ceballos

Número de identificación

51641887

Teléfono

6014817000

Dirección

Calle 1 9.85

¿Es servidor público?

☒ SI ☐ NO

Realiza operaciones internacionales

☒ SI ☐ NO

Tipo de Transacción

Otras

MEMBRESIAS

País

Estados Unidos

Es una persona expuesta políticamente (PEP) (aplica para personas que ejerzan funciones públicas hasta con dos años después de desvinculación del cargo)

☒ SI ☐ NO

Nacional

¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?

☐ SI ☒ NO

Cuenta con autorización para contratar o negociar

☒ SI ☐ NO

Cargo en calidad de PEP:

Directora General

Fecha de vinculación

2022-12-29

¿Actualmente se encuentra vinculado?

☒ SI ☐ NO

¿Tiene cuentas financieras en países fuera de Colombia o tiene derecho o poder de firma o de otra índole sobre alguna de las cuentas?

☐ SI ☒ NO

¿Cuenta con patrimonios autónomos o fiducias que administren recursos públicos?

☐ SI ☒ NO

En qué país?

N/A

CONOCIMIENTO DE LOS ASOCIADOS

Nota: Relacione el listado de accionistas cuya participación es igual o superior 5%. En caso de requerir espacio adicional, por favor allegue el listado en un documento anexo en cual relacione la totalidad de socios o accionistas de la compañía con los datos solicitados

Numero de Asociados

No aplica

CONOCIMIENTO DEL BENEFICIARIO FINAL

Cantidad de Beneficiarios

No aplica

INFORMACIÓN FINANCIERA

Activos

695.489.214.800

Otros ingresos

85.704.274.254

Pasivo

73.288.651.884

Detalle de otros
ingresos

FINANCIEROS

Patrimonio

622.200.562.916

Ingresos
mensuales

47.141.106.961

Egresos
mensuales

54.283.129.816

Realiza operaciones internacionales

☒ SI ☐ NO

Tipo de Transacción

Otras

MEMBRESIAS

País

Estados Unidos

Actividad en operaciones
Internacionales

☒ SI ☐ NO

Si su respuesta es si, señale qué
tipo de transacción realiza:

Otras

País

ESTADOS UNIDOS

Ciudad:

NUEVA YORK

☒ SI
☐ NO

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los
Estados Unidos?

Fecha de corte de la
información anual

2023-12-31

Origen de los fondos

RECURSOS NACION-RECURSOS PROPIOS HOSPITAL DOCENCIA

INFORMACION TRIBUTARIA

Responsable de IVA

Responsable

Código Actividad Económica

8610 - Actividades de hospitales y clínicas, con internación

Gran contribuyente

SI

Resolución Numero

012220

Autorretenedor

NO

Resolución Numero

N/A

Responsable de Renta

SI

Responsabilidades
tributarias ICA

Otro

PREFERENCIA

Usted está obligado a facturar electrónicamente

SI

INFORMACIÓN PARA PAGO

Banco

POPULAR

No. Cuenta

110026030106

Tipo de Cuenta

Corriente

Nombre de contacto
empresa

SANDRA PATRICIA DIAZ BARAHONA

Sucursal

CENTRO

Telefono

6016063456

E-mail notificaciones de la empresa

spdiaz@cancer.gov

SEGURIDAD Y/O CERTIFICACIONES

Tiene implementado algún sistema de gestión del lavado de activos y Financiación del terrorismo

SI

SARLAFT, PADM, PTEE, SICOV, Protección de datos personas

Otro ¿Cuál?

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que he sido informado que:

- i. El Instituto Nacional de Cancerología 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, disponible en el portal <http://www.cancer.gov.co/Políticas/Política-de-Seguridad-Informática.pdf>
- ii. Es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles, así como que no estoy obligado a autorizar su tratamiento.
- iii. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley (Leyes 1266 de 2008 y 1581 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.
- iv. 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.
- v. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico gestiondocumental@cancer.gov.co.
- vi. El INC 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, 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 **Instituto Nacional de Cancerología**, provienen de actividades lícitas: **RECURSOS NACIONALES-RECURSOS PROPIOS HOSPITAL DOCENCIA**; 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.

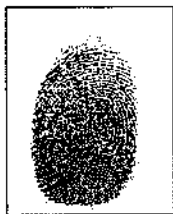
Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar anualmente la información 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 **23** días del mes de **Abril** del año **2024**, en la ciudad de **Bogotá**

Carolina Wiesner Ceballos

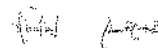


Nombre Representante Legal
o Persona Natural



Huella

Ana Nancy Camelo Vanegas



Firma Representante Legal o
Persona Natural

Nombre de quién diligencia la
información

