

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE				CÓDIGO:		GSI-P07-F-04		
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL				VERSIÓN:		8		
	FORMATO ÚNICO DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA-SARLAFT/PADM				VIGENCIA:		05-05-2022		
				Página 1 de 1					
Ciudad:				Fecha:		Día	Mes	Año	
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									
INFORMACIÓN BÁSICA									
Tipo de novedad		Vinculación		Actualización		Tipo de vinculo		Proveedor	
Tipo de persona		Natural		Jurídica				Cliente	
Nombres y Apellidos completos o Razón social									
Tipo de entidad		Nacional ☐ Extranjera ☐							
		Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otro ¿Cuál?							
Tipo de documento		C.C. ☐ TI. ☐ C.C de ☐ Carné ☐ extranjera diplomático Nit ☐ Pasaporte ☐ Otro ¿Cuál?							
		Número							
Nombres y Apellidos completos del representante legal (aplica para persona jurídica)						Número de identificación			
Información de contacto		Dirección							
		Telefono				Correo electrónico			
Lugar de nacimiento (aplica para persona natural)		Ciudad/ Municipio				Fecha de nacimiento		Día	Mes
		Nacionalidad							Año
Ocupación, oficio o profesión (aplica para persona natural)									
¿Es servidor público? (aplica para persona natural)		Si ☐ No ☐							
Maneja recursos públicos y/u ostenta grado de poder público y/o goza de reconocimiento público (aplica para persona natural)		Si ☐ No ☐							
Realiza operaciones internacionales (aplica para persona natural o jurídica nacional)		Si ☐ Cual? ☐ Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Transferencia ☐ Préstamos ☐ Giros ☐ Pago de ☐ Otro ¿Cuál? ☐ servicios No ☐							
Es una persona expuesta políticamente (PEP) (aplica para personas que ejerzan funciones publicas hasta con dos años despues de desvinculación del cargo)		SI ☐ Nacional ☐ Extranjera ☐				NO ☐			
¿Tiene vinculo con una persona considerada PEP?		Si ☐ No ☐							
En caso de que haya respondido SI en las dos preguntas anteriores diligenciar los siguientes campos									
Cuenta con autorización para contratar o negociar		Si ☐ NO ☐							
Cargo:		Fecha de vinculación		Día	Mes	Año	Fecha de desvinculación		Día

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE		CÓDIGO:	GSI-P07-F-04
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL		VERSIÓN:	8
	FORMATO ÚNICO DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA-SARLAFT/PADM		VIGENCIA:	05-05-2022
			Página 1 de 1	
¿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 ☐		

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE				CÓDIGO:		GSI-P07-F-04			
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL				VERSIÓN:		8			
	FORMATO ÚNICO DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA-SARLAFT/PADM				VIGENCIA:		05-05-2022			
								Página 1 de 1		
CONOCIMIENTO DE LOS ASOCIADOS (aplica para persona jurídica)										
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										
Nombres y Apellidos completos			Tipo de identificación		N° de identificación		% participación		Procedencia de los aportes (dinero, especie)	
INFORMACIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA (aplica para persona jurídica)										
Activos					Otros ingresos					
Pasivo					Detalle de otros ingresos					
Patrimonio										
Ingresos mensuales					Egresos mensuales					
Actividad en operaciones Internacionales			SI ☐ NO ☐ Si su respuesta es si, señale qué tipo de transacción realiza:							
			Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Pago de servicios ☐ Giros ☐							
			Préstamo ☐ Transferencia ☐							
			¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en los Estados Unidos? SI ☐ NO ☐							
			Tipo de Producto :			Identificación del producto:				
			Entidad:			Monto:				
			Ciudad:		País			Moneda:		
Fecha de corte de la información anual			DÍA		MES		AÑO			
AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES										
Manifiesto que he sido informado que: i. 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 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 Empresa Social del Estado (ESE). v. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico gestióndocumental@cancer.gov.co. vi. 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.										

	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE	CÓDIGO:	GSÍ-P07-F-04
	GESTIÓN DEL SISTEMA DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	VERSIÓN:	8
	FORMATO ÚNICO DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS DE LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DE LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA-SARLAFT/PADM	VIGENCIA:	05-05-2022
		Página 1 de 1	

DECLARACIONES

Declaración voluntaria de origen de fondos: Declaro que los recursos utilizados o a utilizarse en cualquier relación comercial y/o contractual con _____, 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 pertenecía, 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 _____

	Huella			
Nombre Representante Legal o Persona Natural		Firma Representante Legal o Persona Natural	Nombre de quien diligencia la información	Firma de quien diligencia la información

ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Cargo:	#NAME?	Cargo:	#NAME?	Cargo:	#NAME?
Dependencia:	#NAME?	Dependencia:	#NAME?	Dependencia:	#NAME?
Fecha:	#NAME?	Fecha:	#NAME?	Fecha:	#NAME?