

## FORMATO DE VINCULACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA CONTRAPARTE PERSONA NATURAL Y JURÍDICA

ESTA INFORMACIÓN ES DE CARÁCTER CONFIDENCIAL Y SERÁ UTILIZADA PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA CIRCULAR EXTERNA 000009 DE 2016 EXPEDIDA POR LA SUPERSALUD

SEDE/CÓDIGO	CIUDAD	FECHA	HORA	VINCULACIÓN <input type="checkbox"/>
				ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/>

### 1. DATOS PERSONA NATURAL (CLIENTES(USUARIOS/PACIENTES), EMPLEADOS, ASOCIADOS, ACCIONISTAS/INVERSIONISTAS)

PERSONA NATURAL

Tipo de Documento: C.C.  C.E.  PAS.  T.I.  OTRO  CUÁL? \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_

NOMBRES: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
 FECHA/LUGAR DE NACIMIENTO: (DD/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ CIUDAD DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO/CELULAR: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_  
 OCUPACIÓN/OFCIO: \_\_\_\_\_ PROFESIÓN: \_\_\_\_\_  
 ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_  
 REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES\*: SI  NO  CUÁL? \_\_\_\_\_  
**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS\*\*:** \_\_\_\_\_

PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE -PEP'S-

¿EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS HA MANEJADO RECURSOS PÚBLICOS? SI  NO

¿EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS HA OSTENTADO ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI  NO

¿EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS HA GOZADO DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? SI  NO

¿Tiene usted algun familiar cercano que ostente la condición de Persona Expuesta Públicamente PEP? SI  NO  En caso afirmativo indique: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

TIPO DE DOCUMENTO/NÚMERO: \_\_\_\_\_

CANAL POR DONDE INGRESO LA CONTRAPARTE\*\*\*

\_\_\_\_\_

**OPERACIONES INTERNACIONALES\*:** *Ejemplo: importaciones, exportaciones, inversiones, préstamos, envío y/o recepción de giros, pago de servicios, transferencias.*

**ORIGEN DE FONDOS\*\*:** *Ejemplo: Desarrollo de la actividad, Herencia, Inversiones, Venta de activos, Ahorros.*

**CANAL\*\*\*:** *Publicidad, Evento, Referido de proveedor existente, Marketing, Ingreso al portal, Llamada telefónica Solicitud de contacto por internet o Comunidades de influencia*

### 2. DATOS PERSONA JURÍDICA (PROVEEDORES, CLIENTES, ACCIONISTAS/INVERSIONISTAS)

PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_ NIT N°: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN EMPRESA: \_\_\_\_\_ CIUDAD EMPRESA: \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO COMERCIAL: \_\_\_\_\_ EMAIL COMERCIAL: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE EMPRESA: PÚBLICO  PRIVADO  MIXTO  PAÍS DE CONSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_  
 ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_  
 REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES\*: SI  NO  CUÁL? \_\_\_\_\_  
**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS\*\*:** \_\_\_\_\_

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

TIPO DE DOCUMENTO: C.C.  C.E.  PAS.  T.I.  OTRO  CUÁL? \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_

NOMBRES: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
 FECHA/LUGAR DE NACIMIENTO: (DD/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO/CELULAR: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_  
 OCUPACIÓN/OFCIO: \_\_\_\_\_ PROFESIÓN: \_\_\_\_\_  
 ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_  
 REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES\*: SI  NO  CUÁL? \_\_\_\_\_  
**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS\*\*:** \_\_\_\_\_

PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE -PEP'S-

¿EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS HA MANEJADO RECURSOS PÚBLICOS? SI  NO

¿EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS HA OSTENTADO ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI  NO

¿EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS HA GOZADO DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? SI  NO

¿Tiene usted algun familiar cercano que ostente la condición de Persona Expuesta Públicamente PEP? SI  NO  En caso afirmativo indique: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

TIPO DE DOCUMENTO/NÚMERO: \_\_\_\_\_

CANAL POR DONDE INGRESO LA CONTRAPARTE (P. J.)\*\*\*

\_\_\_\_\_

**OPERACIONES INTERNACIONALES\*:** *Ejemplo: importaciones, exportaciones, inversiones, préstamos, envío y/o recepción de giros, pago de servicios, transferencias.*

**ORIGEN DE FONDOS\*\*:** *Ejemplo: Desarrollo de la actividad, Herencia, Inversiones, Venta de activos, Ahorros.*

**CANAL\*\*\*:** *Publicidad, Evento, Referido de proveedor existente, Marketing, Ingreso al portal, Llamada telefónica Solicitud de contacto por internet o Comunidades de influencia*

### 3. DOCUMENTACIÓN EXIGIDA

<b>PERSONA JURÍDICA</b> Fotocopia del documento de identificación del R.L. Certificado de Cámara de Comercio no superior a 30 días Copia de Registro Único Tributario RUT Composición Accionaria Vigente firmado por el R.L. o Revisor Fiscal Certificación Bancaria no superior a 30 días	<b>PERSONA NATURAL</b> Fotocopia de la Cedula de Ciudadanía
---	--

### 4. AUTORIZACIONES

Me obligo con MÉDICOS ASOCIADOS S.A., a reportar por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida. Manifiesto que toda la información es veraz y autorizo a MÉDICOS ASOCIADOS S.A. para que la verifique. En constancia firmo:  
 Toda información que se registre en el siguiente documento y que correspondan a datos personales o que estén amparados en las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 y su decreto 1377 de 2013, se encuentran reglamentadas en el manual de políticas de protección y tratamiento de datos personales. Consulte la página web de Médicos Asociados ([www.medicosasociados.com.co](http://www.medicosasociados.com.co)) para mayor información.

**Firma:** \_\_\_\_\_  
**Clientes(usuarios/pacientes), Empleados, Proveedores, Asociados, Accionistas/Inversionistas**

(Indice Derecho)

### 5. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE MÉDICOS ASOCIADOS .A.

Datos del funcionario de MÉDICOS ASOCIADOS S.A.

NOMBRES: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE DOCUMENTO: C.C.  C.E.  PAS.  T.I.  OTRO  CUÁL? \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_

Verificado en Listas Vinculantes: MES      DÍA      AÑO \_\_\_\_\_  
 Coincidencia: SI  NO