



Código certificado:  
Fecha descarga:  
Usuario descarga:  
Fecha actualización LAFT:  
Dispositivo:

Consecutivo:  
Latitud:  
Longitud:  
IP:

## FORMULARIO DE CONOCIMIENTO Y VINCULACIÓN PERSONA NATURAL

Este formulario se debe diligenciar en cumplimiento al sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (SARLAFT/FPADM), el subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude y soborno (SICOF) y el programa de transparencia y ética empresarial (PTEP) Circular externa 009 del 21 de abril de 2016 y la circular externa 202117000005-5 de septiembre de 2021 y circular externa 2022151000000053-5 de agosto de 2022. CODIGO: F-PG-09 VERSION: 01 FECHA: ENERO 2026

### 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 (Se utilizará para envío de mensajes y código de verificación de identidad):
- \* Fecha de expedición del documento:

### 2. INFORMACION GENERAL

- \* Lugar de Nacimiento:
- \* Fecha de nacimiento:
- \* Dirección del domicilio:
- \* País:
- \* Departamento:
- \* Municipio:
- \* Actividad económica (Revise en el RUT):
- \* Productos ofrecidos (objeto contractual):
- \* En caso de seleccionar la opción OTROS, indique cuál:
- \* Profesión/Ocupación:
- \* Número tarjeta profesional (si aplica):
- \* Cargo:

### 3. CONDICION PEP

- \* ¿Maneja recursos públicos?:
- \* ¿Goza de reconocimiento público.?:

- \* ¿Ostenta algún grado de poder público?:
- \* ¿Usted es servidor público.?:
- \* ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada PEPS - 1. Persona con sociedad conyugal de hecho o de derecho -esposo(a) o compañero(a) permanente 2. Familiares hasta segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos), segundo de afinidad (suegro (a), cuñado(a), hijastro(s), 3. primero civil (hijos o padres adoptivos)?:
- \* ¿Es usted clasificado PEP según el decreto 830 del 2021?:

\* En caso de que sea SI, suministrar los siguientes datos: Sociedad conyugal de hecho: cuando una pareja ya se encuentra en una convivencia sin que exista un matrimonio Sociedad conyugal de derecho: pareja unida a través del matrimonio civil o religioso Primer grado de consanguinidad: padres e hijos. Segundo grado de consanguinidad: abuelos, nietos y hermanos Primer grado de afinidad: suegros Primer grado civil: padre adoptante, hijo adoptado. Nota: Esta pregunta es obligatoria. Debe completar al menos una fila completa; de lo contrario, el Sistema no permitirá guardar la información. (Por favor aplicar lo mismo en todos los módulos donde dice guardado.)

Pregunta	Respuesta
Nombre completo	
Tipo de relación	
Tipo identificación	
Identificación	
Nacionalidad	

Pregunta	Respuesta
Nombre completo	
Tipo de relación	
Tipo identificación	
Identificación	
Nacionalidad	

Pregunta	Respuesta
Nombre completo	
Tipo de relación	
Tipo identificación	
Identificación	
Nacionalidad	

Pregunta	Respuesta
Nombre completo	
Tipo de relación	
Tipo identificación	
Identificación	
Nacionalidad	

Pregunta	Respuesta
Nombre completo	
Tipo de relación	
Tipo identificación	
Identificación	
Nacionalidad	

#### 4. INFORMACIÓN FINANCIERA

- \* Activos:
- \* Pasivos:
- \* Patrimonio. (Valor total o aproximado del conjunto de bienes propios de una persona o de una institución, susceptibles de estimación económica):
- \* Ingresos mensuales (Se permite promedio mes):
- \* Otros ingresos:
- \* Egresos:
- \* Fecha de corte información financiera:

##### \* Información Bancaria

Pregunta	Respuesta
Número de cuenta	
Tipo de cuenta	
Entidad Bancaria	
Titular de la cuenta	

Pregunta	Respuesta
Número de cuenta	
Tipo de cuenta	
Entidad Bancaria	
Titular de la cuenta	

Pregunta	Respuesta
Número de cuenta	
Tipo de cuenta	
Entidad Bancaria	
Titular de la cuenta	

Pregunta	Respuesta
Número de cuenta	
Tipo de cuenta	
Entidad Bancaria	
Titular de la cuenta	

- \* ¿Posee activos a su nombre en el exterior?:
- \* En caso de responder SI , indique si estos se encuentran debidamente reportados en todas las jurisdicciones donde tiene obligaciones tributarias.:
- \* Certificación de origen de ingresos:
- \* Cotiza acciones en bolsa:
- \* Realiza alguna de las siguientes operaciones con monedas virtuales:
- \* ¿El 50% o más de los ingresos de la contraparte corresponden a contratación estatal/sector público?:

#### 5. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS

- \* Declaro que los bienes y rentas provienen de:
- \* En caso de seleccionar otro, por favor responder ¿Cuál?:
- \* ¿Declara renta en Colombia?:
- \*

Declaro que los recursos que percibo provienen de actividades lícitas y no están relacionados con lavado de activos, financiación del terrorismo o delitos conexos.:

- \* Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a QUILISALUD ESE, para que verifique y trate los datos consignados con el fin de dar cumplimiento a la circular externa 009 de 2026, y la Circular 20211700000005-5 DE 2021 de la superintendencia nacional de salud y de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012:

#### 6. OPERACIONES INTERNACIONALES

- \* ¿Realiza operaciones internacionales?:
- \* Si respondió sí, que tipo de operaciones?:
- \* En caso de seleccionar otro, por favor responder ¿Cuál?:
- \* Realiza operaciones en moneda extranjera con alguno de estos países: Algeria, Angola, Bosnia and Herzegovina, Burkina Faso, Canada, Croatia, Ecuador, Honduras, Iraq, Korea North, Kosovo, Latvia, Lesotho, Nauru, Netherlands, Spain, Taiwan, Vietnam, Zambia, Groenlandia, Sudan o en países considerados como paraísos fiscales:
- \* En caso de tener una respuesta afirmativa indique cuales de la siguiente lista:
- \* ¿Declara impuestos o paga renta en otro país?:

#### 7. DECLARACIONES ADICIONALES

- \* ¿TIENE PARENTESCO HASTA TERCER GRADO DE (padres, hijos, hermanos, abuelos, nietos, tíos, sobrinos), SEGUNDO DE AFINIDAD (cónyuge, suegro(a), hijastro(a), cuñado(s), abuelos y nietos del cónyuge), O PRIMERO CIVIL (padres o hijos adoptivos) CON PERSONAL DE NUESTRA ORGANIZACIÓN?:
- \* ¿Cuál?:

\* Si su respuesta es positiva por favor diligencie la siguiente información:

Pregunta	Respuesta
Parentesco	
Nombres y apellidos	
No. Identificación	
Razón social	
NIT	

Pregunta	Respuesta
Parentesco	
Nombres y apellidos	
No. Identificación	
Razón social	
NIT	

Pregunta	Respuesta
Parentesco	
Nombres y apellidos	
No. Identificación	
Razón social	
NIT	

Pregunta	Respuesta
Parentesco	
Nombres y apellidos	
No. Identificación	
Razón social	
NIT	

Pregunta	Respuesta
Parentesco	
Nombres y apellidos	
No. Identificación	
Razón social	
NIT	

- \* ¿Tiene usted conocimiento de actos de otros individuos que infrinjan la política de inhabilidad y compatibilidad de Quilisalud E.S.E.?:

## 8. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Los datos personales solicitados en el presente formato son recolectados atendiendo las disposiciones e instrucciones de la superintendencia nacional de salud (SNS) de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos, financiación al terrorismo y la proliferación de armas de destrucción masiva (LA/FT/FPDAM), así mismo los riesgos de corrupción, opacidad, fraude y soborno (COFS).

De acuerdo con lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la ley estatutaria 1581 de 2012 la protección de datos personales que se encuentran contenidas en dicha norma no son aplicables a las bases de datos o archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del LA/FT por lo que en principio su utilización no requiere de una autorización de su titular. Los datos personales adicionales para el estudio técnico de los riesgos LA/FT/FPADM, los datos que la QUILISALUD E.S.E. recolecte a través de este formato tendrá el tratamiento de conformidad con la ley estatutaria 1581 de 2015, ley 1266 de 2008, decreto 1074 de 2015 y normativa complementaria que la reglamente, modifique o la sustituya.

A la firma de este documento como titular o representante manifiesto que he sido puesto en conocimiento de la política de tratamiento de datos de QUILISALUD E.S.E. y las finalidades con las cuales serán tratados los datos.

Declaro que he sido informado(a) sobre la posibilidad de ejercer mis derechos para; acceder, conocer, actualizar, rectificar y/o suprimir mis datos personales, lo cual podré realizar a través de los canales dispuestos; Email: oficialdecumplimiento@quilisalud.gov.co, o dirigiendo comunicación escrita a la Calle 3 No. 7A-17, barrio Centro, Santander de Quilichao.

Declaro bajo fé y juramento que la información contenida en el presente documento, es verdadero, no he ocultado ni falseado ningún dato, siendo en consecuencia expresión fiel de la verdad.

Autorizo al órgano facultado por la Junta Directiva, para verificar en forma amplia y suficiente la información proporcionada.

Firma: \_\_\_\_\_

**Nombre completo:**

Identificación:

Fecha:



Huella

