



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

Consecutivo:  
Latitud:  
Longitud:  
IP:

## FORMULARIO DE CONOCIMIENTO Y VINCULACION PERSONA JURIDICA

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, la circular externa 202117000005-5 de septiembre de 2021 y circular externa 2022151000000053-5 de agosto de 2022. CODIGO: F-PG-02 VERSION: 01 FECHA: ENERO 2026

### 1. MÓDULO DE IDENTIFICACIÓN

- \* Razón social:
- \* Tipo de identificación:
- \* Identificación (Ingrese identificación de la organización sin dígito de verificación, 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):

#### \* REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO QUE FIRMARÁ EL DOCUMENTO

Pregunta	Respuesta
Nombre completo	
Identificación	
Tipo de identificación	

### 2. TIPO DE VINCULACION

- \* Tipo de cliente:
- \* Tipo de solicitud:

### 3. DATOS GENERALES

- \* Celular:
- \* Correo electrónico:
- \* Telefono:

#### \* Datos ubicación

Pregunta	Respuesta
País	

Pregunta	Respuesta
Municipio	
Dirección	

Pregunta	Respuesta
País	
Municipio	
Dirección	

Pregunta	Respuesta
País	
Municipio	
Dirección	

Pregunta	Respuesta
País	
Municipio	
Dirección	

Pregunta	Respuesta
País	
Municipio	
Dirección	

- \* Tipo régimen:
- \* Actividad económica:
- \* ¿Es autorretenedor?:
- \* No Resolución:
- \* Fecha resolución:
- \* Tipo de empresa:
- \* Tipo de sociedad:
- \* Fecha de constitución:
- \* No. Matricula mercantil:
- \* Productos ofrecidos (objeto contractual):
- \* En caso de seleccionar la opción OTROS, indique cuál:

#### 4. INFORMACIÓN BANCARIA

##### \* Datos información bancaria

Pregunta	Respuesta
Numero de cuenta	
Tipo de cuenta	
Entidad bancaria	
Titular de la cuenta	

Pregunta	Respuesta
Numero de cuenta	
Tipo de cuenta	

Pregunta	Respuesta
Entidad bancaria	
Titular de la cuenta	

Pregunta	Respuesta
Numero de cuenta	
Tipo de cuenta	
Entidad bancaria	
Titular de la cuenta	

Pregunta	Respuesta
Numero de cuenta	
Tipo de cuenta	
Entidad bancaria	
Titular de la cuenta	

Pregunta	Respuesta
Numero de cuenta	
Tipo de cuenta	
Entidad bancaria	
Titular de la cuenta	

## 5. INFORMACIÓN FINANCIERA

### \* Ingresos/Egresos

Pregunta	Respuesta
Ingresos anuales con corte al último año	
Egresos anuales con corte al último año	

### \* Activos/Pasivos/Patrimonio

Pregunta	Respuesta
Activos anuales con corte al último año	
Pasivos anuales con corte al último año	
Patrimonio actual con corte al último año	

- \* Fecha de corte información financiera:
- \* ¿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:
- \* ¿Cuáles son sus fuentes de financiación o capitalización?:
- \* Realiza alguna de las siguientes operaciones con monedas virtuales:
- \* Cotiza acciones en bolsa:
- \* ¿El 50% o más de los ingresos de la contraparte corresponden a contratación estatal/sector público?:

## 6. OPERACIONES INTERNACIONALES

- \* 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. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS

- \* 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 2021170000005-5 DE 2021 de la superintendencia nacional de salud y de acuerdo a lo establecido en la Ley 1581 de 2012:

## 8. CONDICION PEP

- \* ¿Usted la persona natural o Jurídica (El representante legal, miembro de junta, accionista o beneficiario final) Maneja recursos públicos?:
- \* ¿Usted la persona natural o Jurídica (El representante legal, miembro de junta, accionista o beneficiario final) goza de reconocimiento público.?:
- \* ¿Usted la persona natural o Jurídica (El representante legal, miembro de junta, accionista o beneficiario final) ostenta algún grado de poder público?:
- \* ¿Usted la persona natural o Jurídica (El representante legal, miembro de junta, accionista o beneficiario final) 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)?:

## 9. DATOS DIRECTIVOS

\* Representante legal

Pregunta	Respuesta
Tipo de identificación	
Número Identificación	
Nombre completo	

Pregunta	Respuesta
Tipo de identificación	

<b>Pregunta</b>	<b>Respuesta</b>
Número Identificación	
Nombre completo	

<b>Pregunta</b>	<b>Respuesta</b>
Tipo de identificación	
Número Identificación	
Nombre completo	

<b>Pregunta</b>	<b>Respuesta</b>
Tipo de identificación	
Número Identificación	
Nombre completo	

<b>Pregunta</b>	<b>Respuesta</b>
Tipo de identificación	
Número Identificación	
Nombre completo	

\* Accionistas o asociados

<b>Pregunta</b>	<b>Respuesta</b>
Tipo de identificación	
Número de identificación	
Nombre completo	

<b>Pregunta</b>	<b>Respuesta</b>
Tipo de identificación	
Número de identificación	
Nombre completo	

<b>Pregunta</b>	<b>Respuesta</b>
Tipo de identificación	
Número de identificación	
Nombre completo	

<b>Pregunta</b>	<b>Respuesta</b>
Tipo de identificación	
Número de identificación	
Nombre completo	

<b>Pregunta</b>	<b>Respuesta</b>
Tipo de identificación	
Número de identificación	
Nombre completo	

\* Miembros de la Junta Directiva

<b>Pregunta</b>	<b>Respuesta</b>
Tipo de identificación	
Número Identificación	
Nombre completo	

Pregunta	Respuesta
Tipo de identificación	
Número Identificación	
Nombre completo	

Pregunta	Respuesta
Tipo de identificación	
Número Identificación	
Nombre completo	

Pregunta	Respuesta
Tipo de identificación	
Número Identificación	
Nombre completo	

Pregunta	Respuesta
Tipo de identificación	
Número Identificación	
Nombre completo	

\* Beneficiarios finales

Pregunta	Respuesta
Tipo de identificación	
Número Identificación	
Nombre completo BF	
% Composición accionaria	

Pregunta	Respuesta
Tipo de identificación	
Número Identificación	
Nombre completo BF	
% Composición accionaria	

Pregunta	Respuesta
Tipo de identificación	
Número Identificación	
Nombre completo BF	
% Composición accionaria	

Pregunta	Respuesta
Tipo de identificación	
Número Identificación	
Nombre completo BF	
% Composición accionaria	

Pregunta	Respuesta
Tipo de identificación	
Número Identificación	
Nombre completo BF	
% Composición accionaria	

\*

Posee cuentas bancarias en el exterior:

\* Revisor Fiscal

Pregunta	Respuesta
Tipo de identificación	
Número Identificación	
Nombre completo	

Pregunta	Respuesta
Tipo de identificación	
Número Identificación	
Nombre completo	

\* Si existen razones legales que impidan el suministro de la composición accionaria y/o beneficiarios finales, indique las razones para no suministrarla.:

#### 10. PREVENCIÓN Y NORMATIVIDAD

- \* ¿Esta obligado a cumplir con alguna regulación específica en materia de prevención de lavado de activos, financiación del terrorismo, policía contra el soborno ("AB"), ley de prácticas corruptas en el extranjero (FCPA)?:
- \* ¿Tiene implementado el sistema de prevención de lavado de activos, financiación al terrorismo y/o dispone de medios o herramientas para prevenir el riesgo, política contra el soborno ("AB"), ley de prácticas corruptas en el extranjero (FCPA)?:
- \* ¿Está obligado a cumplir con alguna regulación en materia de transparencia y ética empresarial?:
- \* ¿Cuenta con un programa de transparencia y ética empresarial e instrumentos que oriente a la prevención de corrupción, fraude y soborno?:
- \* ¿Tiene implementados sistemas de gestión o buenas prácticas orientadas a la sostenibilidad empresarial?:
- \* Indique el número de quejas recibidas en los últimos cinco años relacionadas con derechos laborales —como salud y seguridad en el trabajo, libertad de asociación y negociación colectiva, o trabajo forzoso— provenientes de partes interesadas afectadas, sus representantes u otros actores (por ejemplo, sindicatos u ONG).:
- \* Indique cuántas quejas ha recibido su empresa en los últimos cinco años relacionadas con derechos humanos distintos de los laborales, provenientes de partes interesadas afectadas, sus representantes u otros (por ejemplo: sindicatos, OMG).:
- \* Indique cuántas quejas ha recibido su empresa en los últimos cinco años relacionadas con impactos ambientales, provenientes de partes interesadas afectadas, sus representantes u otros (por ejemplo: sindicatos, OMG).:
- \* Indique cuántas quejas ha recibido su empresa en los últimos cinco años relacionadas con participación de las partes interesadas, provenientes de partes interesadas afectadas, sus representantes u otros (por ejemplo: sindicatos, OMG).:
- \* Indique cuántas quejas ha recibido su empresa en los últimos cinco años relacionadas con corrupción y otras cuestiones de integridad, provenientes de partes interesadas afectadas, sus representantes u otros (por ejemplo: sindicatos, OMG).:
- \* Indique cuántas quejas ha recibido su empresa en los últimos cinco años relacionadas con intereses de los consumidores, provenientes de partes interesadas afectadas, sus representantes u otros (por ejemplo: sindicatos, OMG).:
- \* Indique cuántas quejas ha recibido su empresa en los últimos cinco años relacionadas con otras cuestiones de debida diligencia (por ejemplo: divulgación de la información), provenientes de partes interesadas afectadas, sus representantes u otros (POR EJEMPLO: SINDICATOS, OMG).:

## 11. 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

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 de representante legal y/o Apoderado

**Nombre completo:**

Identificación:

Fecha:



Huella

