

# COOSALUD EPS SA

## FORMATO DE VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE PROVEEDORES

(Aplica para: Personas Jurídicas y Naturales)

Fecha	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Vinculación inicial	<input type="text"/>	Proveedor (Persona Jurídica)	<input type="text"/>
	D D M M A A A A	Actualización de datos	<input type="text"/>	Proveedor (Persona Natural)	<input type="text"/>
Tipo de Cliente	Prestador servicios de salud <input type="checkbox"/>	Contratista	<input type="checkbox"/>	Accionista	<input type="checkbox"/>
		Otro	<input type="text"/>		

### PERSONA JURIDICA

Datos de la empresa

Nombre o Razón Social	<input type="text"/>									
Principal	<input type="checkbox"/>	Sucursal	<input type="checkbox"/>	Dirección	<input type="text"/>					
Ciudad	<input type="text"/>		Departamento	<input type="text"/>	País	<input type="text"/>				
Nit	<input type="text"/>	DV	<input type="checkbox"/>	Teléfono	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>			
Tipo de Empresa:	Publica	<input type="checkbox"/>	Privada	<input type="checkbox"/>	Mixta	<input type="checkbox"/>	Cooperativa	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>

### PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL DE PERSONA JURIDICA

Datos personales

Nombres y Apellidos	<input type="text"/>							
Lugar de Nacimiento	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Documento de Identidad:	CC	<input type="checkbox"/>	CE	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	Número	<input type="text"/>
Lugar de Expedición	<input type="text"/>		Fecha de Expedición	<input type="text"/>				
Dirección	<input type="text"/>							
Ciudad	<input type="text"/>		Departamento	<input type="text"/>	País	<input type="text"/>		
Teléfono	<input type="text"/>		E-mail	<input type="text"/>				

### PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE (PEP)

Por su cargo o actividad, administra usted recursos públicos?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Por su cargo o Actividad, ejerce algún grado de poder público?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Por su actividad, goza usted de reconocimiento público general?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

De ser Sí, mencione el tipo de vínculo:

### INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos Mensuales (Pesos)	<input type="text"/>	Egresos Mensuales (Pesos)	<input type="text"/>
Activos (Pesos)	<input type="text"/>	Pasivos (Pesos)	<input type="text"/>
Otros Ingresos Mensuales (Pesos)	<input type="text"/>	Concepto	<input type="text"/>

### INFORMACIÓN TRIBUTARIA

Actividad Económica (CIU)	<input type="text"/>							
Tipo de Responsabilidad Tributaria	IVA	<input type="checkbox"/>	Renta	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	Cual?	<input type="text"/>
Regimen Tributario	Gran Contribuyente	<input type="checkbox"/>	No Contribuyente	<input type="checkbox"/>	Regimen Tributario Especial	<input type="checkbox"/>		
	Regimen Ordinario	<input type="checkbox"/>	Responsable IVA	<input type="checkbox"/>	No Responsable IVA	<input type="checkbox"/>	Autorretenedor	si no

### ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza Transacciones en moneda Extranjera:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Posee productos financieros en el exterior:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Posee cuentas en moneda extranjera:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

## SOCIOS O ACCIONISTAS

Nombres y Apellidos / Razón Social


Documento de Identidad / NIT


## DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

I. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas que relaciono a continuación: \_\_\_\_\_

II. Autorizo de manera expresa permanente e irrevocable a **COOSALUD EPS SA**, o a quien este delegue esta facultad, para: 1. Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2. Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, centrales de información del sector financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que se celebre con **COOSALUD EPS SA**, con fines estadísticos de control, supervisión, actualización o verificación de la información de conformidad con la ley de Habeas Data y de protección de datos personales (Ley 1581 de 2012). Adicionalmente autorizo a **COOSALUD EPS SA** a realizar el tratamiento de mis contenidos en el presente documento y/o cualquier actualización que le envíe sobre esta información.

III. Declaro que: 1. Me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por **COOSALUD EPS SA**. 2. Me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a **COOSALUD EPS SA** no utilizar o revocar información personal. 3. Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Habeas Data y protección de datos personales. 4. **COOSALUD EPS SA** me ha informado los canales de comunicación ([www.coosalud.com](http://www.coosalud.com)) a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5. Me obligo a actualizar los datos registrados, y presentar los soportes requeridos anualmente.

IV. Con la firma de este formato declaro que la información aquí expresada es verídica y cierta, que no me encuentro en ninguna lista de las establecidas a nivel nacional o internacional para el control de Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo y autorizo a **COOSALUD EPS SA** para consultar y/o confirmar con las centrales de crédito y riesgo que manejen información de este tipo mis antecedentes o en lo relacionado a mis obligaciones con el sector financiero o particular, así como reportar el incumplimiento con aquellas contraídas a favor de **COOSALUD EPS SA**. Esta información será de manejo confidencial por parte de **COOSALUD EPS SA**.

## DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS: (Se debe adjuntar la siguiente documentación)

Copia del Certificado de Existencia y Representación Legal (No mayor a 30 días)

Copia del RUT (No mayor a 30 días)

Certificado de Composición Accionaria hasta Último Beneficiario persona natural.

Fotocopia del documento de Identificación del Representante Legal

COOSALUD EPS podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo de LA/FT

--

Firma del cliente o representante legal

--

Documento de Identificación

--

Huella Índice Derecho

Funcionario que diligencia el formato

Nombre

--

Id.

--

**Observaciones:** Es requisito indispensable para la firma y legalización de cualquier relación contractual con COOSALUD EPS SA, el completo y correcto diligenciamiento de este formato, el aporte de los documentos mínimos requeridos y la validación por parte de COOSALUD EPS SA, conforme a las disposiciones establecidas en la Circular Externa 009 de Abril 21 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud.

## REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

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