



Fecha de Diligenciamiento: DD MM AA Ciudad: Tipo De Solicitud: Nuevo Actualización

Clase de Vinculación: Prestador Contratista Funcionario Proveedor Miembro Junta Directiva Miembro Junta Control Social Otra Cual

1. PERSONA NATURAL

Apellidos: (Primer Apellido) (Segundo Apellido) Nombres: (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

C.C. C.E. T.I. R.C. P.S. No. Fecha de expedición: DD MM AAAA Lugar de Expedición:

Fecha De Nacimiento: DD MM AAAA Lugar De Nacimiento: Sexo: M F Nacionalidad:

Dirección De Residencia: Ciudad: Departamento:

E-Mail: Teléfono: Celular:

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre

Actividad Principal: Estudiante Ama De Casa Rentista Pensionado Asalariado Socio Otro Cual

Ocupación: Código CIU:

Empresa Donde Trabaja: Cargo: Dirección: Teléfono:

Actividad Secundaria: Dirección: Teléfono: Código CIU:

Que tipo de Producto o Servicio Comercializa?

Ingresos Mensuales (\$) Egresos Mensuales (\$)

Activos (\$) Pasivos (\$)

Patrimonio (\$) Otros Ingresos (\$)

Concepto Otros Ingresos:

¿Maneja Recursos Públicos? Sí No Tiene Reconocimiento Público? Sí No Ejerce algún Grado de Poder Público Sí No ¿Es Familiar o Asociado de una Persona Publica Expuesta? Sí No

2. PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social: Nit: DV:

Representante Legal: (Primer Apellido) (Segundo Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

C.C. C.E. P.S. No. Fecha De Expedición: DD MM AAAA Lugar De Expedición:

Fecha De Nacimiento: DD MM AAAA Lugar De Nacimiento: Nacionalidad:

ELABORADO POR:
 Ing. Diana Quenán
 Coord. Sistemas Integrados de Gestión

REVISADO POR:
 Ing. James Iván Cuatín
 Director De Calidad

APROBADO POR:
 Dr. Luis Fernando Cuastumal
 Gerente General

Documento Controlado



GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS
E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS
 ¡El Autocuidado en Salud para un Buen Vivir!

FORMATO ÚNICO DE VINCULACIÓN SARLAFT Y SICOF



CÓDIGO: FR-LAFT-001

VERSIÓN: 03

VIGENCIA: 01/07/2024

Oficina Principal: Dirección Ciudad Teléfono Fax

Sucursal: Dirección Ciudad Teléfono Fax

Tipo De Empresa: Pública Privada Mixta Indígena Sector De La Economía Código CIU

Actividad Económica: Salud Industria Comercial Transporte Consultoría /Asesoría Comunicaciones Construcción Servicios Financieros

Otra Cual? E-mail

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital, aporte o participación

No.	Documento De Identidad	Nombre Completo o Razón Social

Ingresos Mensuales (\$) Egresos Mensuales (\$)

Activos (\$) Pasivos (\$)

Patrimonio (\$) Otros Ingresos (\$)

Concepto Otros Ingresos

3. PERSONAS PEP's

¿Por su cargo maneja recursos públicos? Si No ¿Por su cargo ejerce algún grado de poder público? Si No

¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? Si No Indique

¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? Si No Indique

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? Si No Indique

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro Expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en el presente formulario es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Manifiesto que no he sido declarado responsable jurídicamente por la comisión de delitos contra la administración pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecte el patrimonio del estado.
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen:

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza Transacciones en Moneda Extranjera? Si No Importaciones Exportaciones Inversiones Transferencias

Otra Indique Otras Operaciones

ELABORADO POR:
 Ing. Diana Quenán
 Coord. Sistemas Integrados de Gestión

REVISADO POR:
 Ing. James Iván Cuatín
 Director De Calidad

APROBADO POR:
 Dr. Luis Fernando Cuastumal
 Gerente General

Documento Controlado



Las Modificaciones al Formato No Son Válidas Sin Aprobación. (Firmas En Formato Original Aprobado)



GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS
E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS
 ¡El Autocuidado en Salud para un Buen Vivir!

FORMATO ÚNICO DE VINCULACIÓN SARLAFT Y SICOF



CÓDIGO: FR-LAFT-001

VERSIÓN: 03

VIGENCIA: 01/07/2024

¿Posee Productos Financieros en el Exterior? Si No

¿Posee Cuentas en Moneda Extranjera? Si No

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NUMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS: Persona Natural

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

1. Fotocopia del documento de identificación
2. Declaración de renta del último período gravable disponible (Si declara).
3. Copia del Rut.
4. Antecedentes disciplinarios (procuraduría)
5. Antecedentes fiscales (contraloría)
6. Antecedentes judiciales (Policía Nacional)

DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS: Persona Jurídica Se debe adjuntar la siguiente documentación:

1. Certificado de Existencia y Representación Legal o Cámara de Comercio no mayor a 30 días.
2. Copia del Rut.
3. Composición Accionaria avalada por Revisor Fiscal.
4. Fotocopia de la cédula del Representante Legal.
5. Estados Financieros actualizados y certificados por Revisor Fiscal.
6. Declaración de Renta del último año.
7. Certificación SARLAFT para las entidades que estén vigiladas bajo la Superintendencia Financiera, Superintendencia de Sociedades, Superintendencia Solidaria y Superintendencia de Salud.
8. Antecedentes disciplinarios (procuraduría)
9. Antecedentes fiscales (contraloría).
10. Antecedentes judiciales (Policía Nacional).
11. Diligenciamiento del formato FR-LAFT-001 Formato Único de Vinculación.

6. CLAUSULAS DE AUTORIZACIÓN

1. DEFINICIONES:

La EPS – INDIGENA MALLAMAS se denominará LA EPS.

Los intermediarios, proveedores, socios, aliados estratégicos, o entidades dentro o fuera del territorio nacional que prestan servicios a LA EPS relacionados con el objeto social de la organización se denominaran TERCEROS VINCULADOS.

Por DATOS PERSONALES se hace referencia a cualquiera o todos los datos personales (tal como se entienden estos bajo la legislación vigente) que he entregado con anterioridad a LA EPS, que entrego con este documento, y que entregue en el futuro o que LA EPS reciba de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis datos personales sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos, así como los datos de niños y adolescentes.

2. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES:

Nuestros DATOS PERSONALES serán tratados por LA EPS, esto es, serán recolectados, almacenados, usados, analizados, circulados, compartidos, transmitidos, transferidos, suprimidos, o cualquier otro tratamiento que llegue a ser necesario para las siguientes finalidades

- El trámite y análisis de la solicitud de vinculación como asegurado, beneficiario, proveedor, funcionario, intermediario, apoderado mador, asegurado, beneficiario, consumidor financiero, contraparte contractual y/o proveedor, para lo cual puede requerirse un concepto previo de los TERCEROS VINCULADOS a LA EPS.

- El proceso de negociación de contratos con LA EPS, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos.

- La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre.

- El control y la prevención del fraude.

- El estudio de reclamaciones, la liquidación y el pago de siniestros, para lo cual puede requerirse un concepto previo de los TERCEROS VINCULADOS a LA EPS.

- La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general.

- Envío de información relativa encuestas de satisfacción de servicio y ofertas comerciales de los servicios de LA EPS, así como de otros servicios o productos inherentes a la actividad de la organización.

- Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia.

- La prevención y control del lavado de activos internacionales e intergubernamentales en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.

- La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo de conformidad con la normativa vigente en Colombia.

3. PERSONAS QUE HARÁN TRATAMIENTO:

Que los DATOS PERSONALES serán tratados de conformidad con las finalidades señaladas por LA EPS como responsable, o por los encargados que ella considere necesarios o los TERCEROS VINCULADOS. Los DATOS PERSONALES podrán ser transmitidos o transferidos para las finalidades mencionadas, a:

- Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA EPS.

- Los TERCEROS VINCULADOS necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA EPS, tales como: Investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, especialistas de la salud, centros de apoyo logístico y valoración.

- Las personas con las cuales LA EPS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos.

4. DATOS SENSIBLES Y DATOS PERSONALES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES:

Declaro que me ha sido informado que la entrega de los Datos Sensibles, como aquellos relativos a la salud y biométricos, así como los que versen sobre niños y adolescentes, son de carácter facultativo, que no he sido obligado a entregarlos, que la finalidad para los que han sido entregados me ha sido debidamente informada, y que hago entrega de ellos para la mejor ejecución del contrato que celebro con LA EPS. Así mismo declaro que me encuentro facultado para suministrar los DATOS PERSONALES de los niños y/o adolescentes en calidad de representante legal de aquellos.

5. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:

Que, como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en el Decreto 1377 de 2013, así como lo dispuesto en la Ley 1266 de 2006 sobre datos financieros, comerciales, crediticios, o de servicios y demás que regulen la materia. Especialmente tengo derecho a:

Conocer, consultar, actualizar y rectificar los DATOS PERSONALES;

- Solicitar prueba de la autorización otorgada.

- Ser informado, previa solicitud, respecto del uso que se ha dado a mis DATOS PERSONALES.

ELABORADO POR:

Ing. Diana Quenán

Coord. Sistemas Integrados de Gestión

REVISADO POR:

Ing. James Iván Cuatín

Director De Calidad

APROBADO POR:

Dr. Luis Fernando Cuastumal

Gerente General

Documento Controlado



Las Modificaciones al Formato No Son Válidas Sin Aprobación. (Firmas En Formato Original Aprobado)



Presentar quejas, reclamos o solicitudes ante las autoridades correspondientes o directamente ante LA EPS.

- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.
- Acceder en forma gratuita a los DATOS PERSONALES que hayan sido objeto de Tratamiento.

6. POLÍTICAS DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Declaro que me han informado que las Políticas de Tratamiento de Datos Personales de LA EPS se encuentran a mi disposición de forma permanente en la página web de LA EPS.

7. DATOS DE CONTACTO DEL RESPONSABLE:

El responsable del tratamiento de la información es La EPS, cuyos datos son los siguientes: Número de Identificación Tributaria (NIT) 837.000.084-5. Dirección Electrónica: www.mallamaseps.com, correo electrónico. planeacion@mallamaseps.com

8. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, previa e informada AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en este documento.

Autorizo el tratamiento de mis datos personales: SI _____ NO _____

Autorizo el tratamiento de mis datos personales, incluyendo los sensibles: SI _____ NO _____

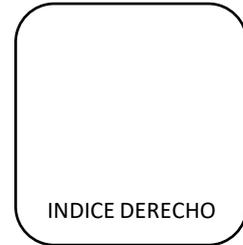
Autorizo me contacten y envíen información por SMS, correo electrónico o cualquier otro medio físico o digital: SI _____ NO _____

7. FIRMA Y HUELLA

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.

 Nombre

 Firma Cliente o Representante Legal
 C.C.



8. INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA (De Uso Exclusivo de Mallamas EPS - I)

Lugar De La Entrevista Fecha Hora

Nombre del funcionario o Intermediario que Realiza La Entrevista

Cargo Resultado De La Entrevista: Aprobó Rechazado

 Firma Del Funcionario Responsable
 C.C.

9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN (De Uso Exclusivo de Mallamas EPS - I)

Nombre De Quien Verifica Cargo

Fecha DD MM AAAA Hora Observaciones

 Firma Del Funcionario Responsable
 C.C.

ELABORADO POR:
 Ing. Diana Quenán
 Coord. Sistemas Integrados de Gestión

REVISADO POR:
 Ing. James Iván Cuatín
 Director De Calidad

APROBADO POR:
 Dr. Luis Fernando Cuastumal
 Gerente General

Documento Controlado