				<b>FORMATO DE VINCULACIÓN</b>								<b>Código</b>	FO-GF-27
												<b>Versión</b>	02
												<b>Fecha</b>	24/01/2018
												<b>Página</b>	1 de 3
<b>FECHA</b>	DD	MM	AA	<b>NATURALEZA:</b>	PERSONA NATURAL		PERSONA JURÍDICA						
Diligencie los campos que le correspondan según la naturaleza seleccionada													
<b>DATOS PERSONA NATURAL</b>													
<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>				<b>LUGAR DE EXPED.</b>		<b>FECHA EXPEDICIÓN</b>			DD	MM	AA		
CC	CE		PASAPORTE		<b>N° DOCUMENTO:</b>								
TI	RC		OTRO		(CUAL?)								
<b>PRIMER APELLIDO</b>			<b>SEGUNDO APELLIDO</b>			<b>PRIMER NOMBRE</b>			<b>SEGUNDO NOMBRE (O SOBRENOMBRE)</b>				
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO</b>			<b>TELÉFONO DOMICILIO</b>			<b>CIUDAD/MUNICIPIO</b>			<b>DEPARTAMENTO</b>				
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>			<b>TELÉFONO CELULAR</b>			<b>OTRO TELÉFONO/FIJO/FAX</b>			<b>NACIONALIDAD</b>				
<b>GENERO (SEXO)</b>		MM	FF	<b>ESTADO CIVIL</b>		CASADO	<b>UNIÓN L</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>				
				SOLTERO		VIUDO	DIVORC.		DD	MM	AA		
<b>ACTIVIDAD ECONÓMICA</b>													
<b>ASALARIADO</b>	SOCIO		PENSIONADO		OTRO	<b>CUAL</b>							
<b>DETALLE</b>													
MARQUE CON UNA (X) SEGÚN CORRESPONDA POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN													
<b>MANEJA RECURSOS PÚBLICOS</b>				<b>TIENE RECONOCIMIENTO PÚBLICO ?</b>				<b>EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO</b>					
SI	NO			SI	NO			SI	NO				
<b>Es familiar o asociado de una persona públicamente expuesta PPE ?</b>					SI	NO	<b>LA R/ ES SI INDIQUE EL NOMBRE Y CARGO *</b>						
<b>DATOS PERSONA JURÍDICA</b>													
<b>RAZÓN SOCIAL</b>					<b>NIT</b>	<b>CORREO ELECTR.</b>							
<b>INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL</b>													
<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>				<b>LUGAR DE EXPED.</b>		<b>FECHA EXPEDICIÓN</b>			DD	MM	AA		
CC	CE		OTRO		<b>CUAL</b>			<b>N° DOCUMENTO</b>					
<b>PRIMER APELLIDO</b>			<b>SEGUNDO APELLIDO</b>			<b>PRIMER NOMBRE</b>			<b>SEGUNDO NOMBRE</b>				
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO</b>			<b>TELÉFONO DOMICILIO</b>			<b>CIUDAD/MUNICIPIO</b>			<b>DEPARTAMENTO</b>				
<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>			<b>TELÉFONO CELULAR</b>			<b>OTRO TELÉFONO/FIJO/FAX</b>			<b>NACIONALIDAD</b>				
<b>TIPO EMPRESA</b>		PÚBLIC.	MIXTA	<b>TIPO DE SOCIEDAD</b>		S.A	S.C	<b>UNIPER</b>					
		PRIVAD.	SUC. EXTRANJ.			S.A.S	LTDA	S.COLEC					
<b>ACTIVIDAD ECONÓMICA</b>													
INDUSTRIAL	SALUD		COMERCIAL		TRANSPORTE		<b>OTRA (CUAL)</b>						
<b>DETALLE</b>													
<b>DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL</b>			<b>TELÉFONO</b>			<b>CIUDAD/MUNICIPIO</b>			<b>DEPARTAMENTO</b>				
<b>DIRECCIÓN SUCURSAL</b>			<b>TELÉFONO RESIDENCIA</b>			<b>CIUDAD/MUNICIPIO</b>			<b>DEPARTAMENTO</b>				
<b>CONTACTO</b>			<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>			<b>TELÉFONO CELULAR</b>			<b>NACIONALIDAD TELÉFONO FIJO/FAX</b>				
<b>IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 10% DEL CAPITAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO, DEBE ANEXAR LA RELACIÓN)</b>													
<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>				<b>RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO (APE-NOM)</b>				<b>% DE PARTICIPACIÓN</b>					
<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>													
<b>INGRESO MENSUAL \$</b>			<b>OTROS INGRESOS MENSUALES \$</b>			<b>TOTAL INGRESOS MENSUALES</b>			<b>TOTAL EGRESOS MENSUALES \$</b>				
\$			\$			\$			\$				
<b>TOTAL ACTIVOS</b>						<b>TOTAL PASIVOS</b>							
\$						\$							
<b>INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS</b>													
<b>CARACTERÍSTICAS TRIBUTARIAS</b>													
<b>REG. COMÚN</b>		<b>GRAN CONTRIBUYENTE</b>		SI	<b>AUTORRETENEDOR</b>	SI	<b>RESPONSABLE DE RENTA</b>		SI	<b>ICA. COD. TARIFA</b>	<b>RETEICA</b>	SI	
SIMPLIFICADO				NO		NO			NO			NO	
<b>CLASE DE CONTRATO, CONVENIO, O PRESTACIÓN DE SERVICIO QUE SOLICITA O POSEE ACTUALMENTE CON SAVIA SALUD EPS</b>								<b>PRESTADOR DE SALUD</b>					
								<b>OTRO PROVEEDOR</b>					

DATOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD											
PROF. INDEP.		E.S.E	SI	IPS PRIVADA	SI	OTRO TIPO DE ENTIDAD	SI	BAJO NIVEL DE COMPL.	1	MEDIO O ALTO NIVEL DE	3
			NO		NO		NO		2		4
DESCRIBA BREVEMENTE ACTIVIDADES QUE PRESTA ACTUALMENTE A SAVIA SALUD EPS											
DATOS PROVEEDORES											
ARRENDAMIENTOS				SUMINISTROS ASEO Y CAFETERIA							
SUMINISTRO DE PAPELERIA Y OFICINA				SUMINISTRO MATERIAL MEDICO QUIRURGICO							
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS				MENTENIMIENTO DE EQUIPOS ELECTRONICOS							
MANTENIMIENTO INSTALACIONES FISICAS				MANTENIMIENTO O ALQUILER EQUIPOS DE COMPUTO							
MANTENIMIENTO SOFTWARE O REDES				ASESORIAS (INDIQUE CUAL)							
OUTSOURCING				OTROS (INDIQUE CUAL)							
CUAL?				CUAL?							
DATOS CUENTA BANCARIA PARA TRANSFERENCIAS											
ENTIDAD BANCARIA			CUENTA NUMERO			SUCURSAL			CIUDAD		
TIPO DE CUENTA				NOMBRE DE LA CUENTA:				CORREO ELECTRONICO		CUENTA MAESTRA	
CORRIENTE		AHORRO						SI		NO	
ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES Y / O MONEDA EXTRANJERA											
IMPORTACIONES		SI	NO	PAGO SERV.		SI	NO	EXPORTACIONES		SI	NO
								TRANSFERENCIAS		SI	NO
								INVERSIÓN		SI	NO
								PRÉSTAMOS EN MONEDA EXT.		SI	NO
REFERENCIAS PERSONALES											
NOMBRE:			TELÉFONO			DIRECCIÓN					
REFERENCIAS COMERCIALES											
NOMBRE:			TELÉFONO			DIRECCIÓN					
NOMBRE:			TELÉFONO			DIRECCIÓN					
<p>TODOS LOS ESPACIOS DE ESTA SOLICITUD DEBEN SER DILIGENCIADOS EN SU TOTALIDAD, EN CASO QUE NO POSEA INFORMACIÓN POR FAVOR ESCRIBA N/A (NO APLICA). La presente solicitud no compromete a SAVIA SALUD a aceptar lo relacionado en la misma. Esta solicitud se realiza únicamente con el fin que actúe en el expediente de ingreso o actualización del proveedor, su aceptación está sujeta al cumplimiento de las políticas establecidas por la compañía para contratación de proveedores.</p>											

**AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN**

**DECLARACION DE FONDOS**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con CC N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ obrando en nombre propio o en representación legal de \_\_\_\_\_ NIT \_\_\_\_\_ de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fuente de fondos a SAVIA SALUD EPS, con el propósito que se dé cumplimiento con lo estipulado por la Superintendencia Financiera de Colombia, (circular externa No. 007 de 1996), el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), Ley 190 de 1995 y Ley 1474 de 2011 "Estatuto anticorrupción" y demás normas legales concordantes.  
 Los recursos propios o que entrego para la constitución de negocios, depósitos o el pago de obligaciones provienen de las siguientes fuentes: (detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc.). No colocar genéricos, como por ej.: Comerciante. \_\_\_\_\_

Declaro que los recursos propios o que entrego no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuar transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo a saldar las obligaciones o depósitos que mantenga en esta institución, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a SAVIA SALUD EPS, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta, que yo hubiese proporcionado en este documento o de la violación del mismo. (En señal de ello firmo este documento párrafos mas abajo.)

**AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y BANCOS DE DATOS** Con la firma del presente formulario autorizo(zamos) a SAVIA SALUD EPS, de manera expresa, voluntaria, permanente e irrevocable para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial, a consultar, reportar, procesar, solicitar y divulgar a la central de información del Sector Financiero CIFIN, (empresa independiente) o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente al comportamiento como Cliente de la Entidad. Así mismo, he comunicado a los socios o asociados relacionados en el presente formulario sobre la consulta, solicitud de información comercial y financiera en las centrales de información del Sector Financiero CIFIN, (empresa independiente) o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines. De manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fuente de fondos a SAVIA SALUD EPS, con el propósito que se dé cumplimiento con lo estipulado por la Superintendencia Financiera de Colombia, (circular externa No. 007 de 1996), el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), Ley 190 de 1995 y Ley 1474 de 2011 "Estatuto anticorrupción" y demás normas legales concordantes. Declaro que los recursos propios o que entrego no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuar transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo a saldar las obligaciones o depósitos que mantenga en esta institución, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a SAVIA SALUD EPS, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta, que yo hubiese proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por SAVIA SALUD EPS y sus empresas subordinadas (en adelante las "Compañías") de que:

- i. Las Compañías actuarán como Responsables del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de las Compañías disponible en [www.saviasaludeps.com](http://www.saviasaludeps.com)
- ii. Es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles<sup>1</sup> o sobre menores de edad.
- iii. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
- iv. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos por las Compañías y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de las Compañías.
- v. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico [serviciocliente@saviasaludeps.com](mailto:serviciocliente@saviasaludeps.com)
- vi. Las Compañías garantizan la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservan el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a las Compañías para tratar mis datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de las Compañías y para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales de las Compañías. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica. Se firma en \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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


NOTA: Por favor diligencie este documento con su nombre, identificación, fecha y firma; son datos sensibles, aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, por ejemplo la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, de derechos humanos, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.

dd/mm/aaaa	En la ciudad de		
Firma y huella del Cliente _____			

**Otras declaraciones o Autorizaciones**

- Declaro que esta información es cierta y me comprometo a actualizarla mínimo una vez al año.
- Autorizo a SAVIA SALUD EPS, para consultar, validar y verificar la información suministrada con las entidades y organizaciones de control y vigilancia del orden nacional o internacional de las personas naturales y jurídicas relacionadas en el presente formulario.
- Declaro que no tengo Conflicto de Interés con SAVIA SALUD EPS POR PARENTESCO, CONSA NGUINIDAD O AFINIDAD

En constancia de haber leído, entendido y aceptado firmo el presente documento a los:

dd/mm/aaaa	En la ciudad de		
Firma y huella del Cliente _____			
FIRMA:			

NOMBRE:	Identificación:
EMPRESA	NIT:

Documentos Requeridos	Prof. Independen.	IPS	Proveedor	Arrendador	Contratista	E.S.E	persona Natural
El presente formulario debidamente diligenciado.	X	X	X	X	X	X	X
Constancia que esta al día en el pago al Sistema de Seguridad Social	X	X	X		X	X	
Original certificado de existencia y representación legal (si aplica)		X	X	X	X	X	
Fotocopia del Registro Único Tributario (RUT)	X	X	X	X	X	X	X
Fotocopia del documento de identidad de persona natural o Representante Legal.	X	X	X	X	X	X	X
Listado de las personas naturales que hacen parte de la junta		X	X		X	X	
Acta o autorización de junta directiva si la solicitud supera las atribuciones de RL		X			X	X	
Fotocopia de la declaración de renta de los dos últimos años si es declarante.	X	X		X	X	X	X
Póliza de cumplimiento	X	X			X	X	
Estados financieros a la ultima fecha de corte disponible.		X			X	X	
Estados Financieros (Estado de Situación y Estado de Resultados con notas EF		X			X	X	
Listado de los principales socios y/o accionistas con CC, Dir. Tel.		X	X			X	
Flujo de caja real últimos 3 años	X	X	X	X	X	X	
Copia de certificados de libertad e impuesto predial				X			
Documentos contador o revisor fiscal (TP, cert JCC)		X	X		X	X	

**INFORME DE REVISIÓN - Espacio exclusivo para SAVIA SALUD**

Fecha y hora de visita:	Nombre:
-------------------------	---------

Cargo:	Firma:
--------	--------

Fecha de verificación de la Información	La información ha sido confirmada?	Existe conflicto de interés con la persona que realiza la entrevista
---	------------------------------------	--

Observaciones / Concepto d/a persona:	Detalle del conflicto de interés:
---------------------------------------	-----------------------------------

Verificación de Antecedentes

Observaciones

Referencias Personales

Referencia solicitada a:

Dirección y teléfono que conoce del Solicitante:

Concepto General :

Referencia Tomada por:	Fecha:
------------------------	--------

Firma persona Natural	Firma Oficial de Cumplimiento	Firma Revisor Fiscal
-----------------------	-------------------------------	----------------------