



# FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL EMPLEADO Y/O POSTULANTE A EMPLEADO

OM-FGH-039  
Versión: 02  
Vigente a partir de: 21/01/2023  
Pagina 1 de 3  
Copia: Controlada

## 1. MARCO LEGAL

OFFIMEDICAS S.A., en su calidad de vigilado por la Superintendencia de Salud, autoridad competente en materia de SARLAFT, conforme a la No. 0000009 de 21 de abril de 2016 y la Circular Externa 20211700000005-5 del 19 de septiembre de 2021 mediante la cual se incorporan modificaciones a las Circulares Externas 018 de 2015, 009 de 2016, 007 de 2017 y 003 de 2018. OFFIMEDICAS S.A. es responsable de implementar un Sistema de Administración de Riesgo de lavado de activos, financiación al terrorismo y financiación a la proliferación de Armas de destrucción masiva - LA/FT/FPADM. Dado a lo anteriormente expuesto, la información que usted proporcione en el presente formulario es muy importante para OFFIMEDICAS S.A., y va en coherencia con la normatividad aplicable en esta materia, por tal motivo amablemente solicitamos tener en cuenta las siguientes sugerencias.

El formulario debe ser diligenciado en su totalidad. Es posible que alguna información no aplique por tal motivo deberá expresarse escribiendo N/A.

OFFIMEDICAS S.A. aclara que toda información personal y financiera diligenciada en el presente formulario será tratada como Información Confidencial, y se aplicarán los parámetros de confidencialidad, reserva y secreto de acuerdo con la normatividad vigente en Colombia y la política de tratamiento de datos. OFFIMEDICAS S.A., obrando como RECEPTOR, se obliga a mantener como confidencialidad, bajo reserva y secreto, toda la información que conozca, acceda o intercambie, cree u obtenga en el diligenciamiento del presente formulario. Así mismo, mantendrá la información de modo confidencial y privado y se abstendrá de reproducirla o darla a conocer. La información de confidencialidad, reserva y secreto, se mantendrá hasta por cinco (5) años, contados a partir de la terminación formal del relacionamiento entre el Titular y OFFIMEDICAS S.A.

Fecha de Diligenciamiento  Ciudad  Tipo de solicitud: Postulante  Empleado

En caso de ser Postulante, vacante a la que aplica:

## 2. DATOS PERSONALES

Apellidos   Nombres

CC  CE  TI  Otro  No  Fecha de Nacimiento

Lugar de Nacimiento  Nacionalidad  Ocupación/ Oficio

Correo Electrónico  Estado Civil

Profesión  Teléfono  Celular

Dirección Residencia  Municipio

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

	AÑO ACTUAL	AÑO ANTERIOR	
Total Activos (pesos)	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	Indique la Fuente de los Otros Ingresos <input type="text"/>
Total Pasivos (Pesos)	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	
Total Patrimonio (Pesos)	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	
Total Ingresos (Pesos)	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	
Otros ingresos mensuales (Pesos)	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	
Total Egresos (Pesos)	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	

Realiza alguna de las siguientes operaciones internacionales:

Exportaciones  Importaciones  Préstamos  Pago de Servicios

Envió y/o Recepción Giros  Transferencias  Inversiones

Es declarante de Renta? Si  No

## 4. GRUPO FAMILIAR

ID	Número ID	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Parentesco



## FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL EMPLEADO Y/O POSTULANTE A EMPLEADO

OM-FGH-039  
Versión: 02  
Vigente a partir de: 21/01/2023  
Pagina 2 de 3  
Copia: Controlada

### 5. PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS - PEP

Una persona políticamente o públicamente expuesta, PEPs, es aquella que desempeña o ejerce actualmente un cargo o función pública relevantes para un país, por ejemplo, jefes de estado o Gobierno, políticos de alto nivel, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alto nivel, rectores de universidades nacionales, altos ejecutivos de empresa estatales, funcionarios importantes de partidos políticos y personas con reconocimiento público.

La calidad de PEP se mantendrá durante el ejercicio del cargo y por dos (02) años más desde la dejación, renuncia, despido o declaración de insubsistencia del nombramiento, o de cualquier otra forma de desvinculación o terminación del contrato.

¿Declara usted que tiene la condición de ser una persona políticamente expuesta?

SI  NO

¿Ha manejado recursos públicos?

SI  NO

¿Ha ejercido algún grado de poder público?

SI  NO

¿Ha gozado usted de reconocimiento público general?

SI  NO

¿Ha existido o existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?

SI  NO

¿Ha sido sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?

SI  NO

Si realiza transacciones en otro país indique en cuál o cuales países: \_\_\_\_\_

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, proporcione por favor los nombres, cargos, vínculo familiar y entidades en las que fue o es funcionario de la entidad pública. Es importante resaltar que, si la respuesta es afirmativa, se solicitará información adicional para proceso de debida diligencia intensificada.

### 6. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio etc.):

\*Si posee ingresos adicionales, especifique su Origen: \_\_\_\_\_

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.

3. De manera voluntaria manifiesto que toda la información aquí consignada es cierta, conozco y daré cumplimiento a las normas que obligan a actualizar mis datos personales e información financiera al menos una vez por año correspondiente al Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT, Ley 90 de 1995 (estatuto anticorrupción) y demás normas legales relacionadas.

4. Que no me encuentro vinculado o reportado a ninguna lista restrictiva como la lista OFAC o similares.

5. Que no he sido vinculado a investigación alguna ante cualquier autoridad como resultado de investigaciones en procesos de extinción de dominio.

6. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones contractuales o comerciales, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

7. Que no he sido condenado, y no se ha emitido en MI contra sentencia o fallo en relación con las conductas mencionadas en los numerales anteriormente expuesto.

8. Que no he efectuado transacciones u operaciones relacionadas o destinadas a la ejecución de actividades ilícitas tipificadas en el código penal colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione, o modifique o a favor de personas que ejecuten o estén relacionadas con la ejecución de dichas actividades.

9. Que no permitiré el vínculo de ningún tipo con terceros que realicen operaciones o cuyos recursos provengan de actividades ilícitas de las contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que los sustituya, adicione, o modifique.

10. Eximo a OFFIMEDICAS S.A. sus representantes legales y directivos, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

### 7. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y MANEJO DE LA INFORMACIÓN

Mediante la presente autorizo a OFFIMEDICAS S.A. para que consulte las listas establecidas para el control de Lavado de Activos y financiación del Terrorismo, adicional en bases de datos públicas tales como: Consulta de antecedentes judiciales de la Policía Nacional, Consulta de antecedentes fiscales en la Contraloría General de la República, Consulta de antecedentes disciplinarios en la Procuraduría General de la Nación, Consulta en el Portal Anticorrupción de Colombia – PACO, y demás fuentes de información pública y las archive. Manifiesto que cualquier variación en la información suministrada será puesta en conocimiento de OFFIMEDICAS S.A.

Declaro de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que AUTORIZO a OFFIMEDICAS S.A. para que, en los términos del literal a.) del artículo 6 de la Ley 581 de 2012, realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, tratamiento de mis datos personales, incluyendo sensibles como mis huellas digitales, fotografías, videos y demás datos que puedan llegar a ser considerados como sensibles de conformidad con la Ley para que dicho tratamiento se realice con el fin de lograr las finalidades relativas a ejecutar el control, seguimiento, monitoreo, vigilancia y en general, garantizar el correcto funcionamiento de su sistema para la Administración de Riesgo LA/FT.

Declaro que se me ha informado de manera clara y comprensible que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos personales proporcionados, a solicitar prueba de esta autorización, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a mis datos personales, a presentar quejas ante la superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de mis datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y acceder de forma gratuita a los mismos.

Declaro que la información por mí proporcionada es verás, completa, exacta, actualizada y verificable.

Como parte de las Políticas SARLAFT OFFIMEDICAS S.A. podrá terminar de manera unilateral e inmediata el contrato o el proceso de vinculación vigente en caso de presentarse las siguientes situaciones:

1. Estar vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y financiación del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional.

2. Ser incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera.

3. Ser condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de delitos de igual o similar naturaleza a los indicados en esta cláusula.

Quien suscribe este documento, mantendrá libre de cualquier daño, multa o perjuicio que fueran probados y que sufra OFFIMEDICAS S.A. por parte del suscriptor de las obligaciones que le apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como cualquier reclamo judicial, extrajudicial y/o administrativo, que autoridades competentes inicien en contra de dicha entidad por o en ocasión de dicho incumplimiento. De igual manera me comprometo a dar las explicaciones a que hubiere lugar originadas por el mencionado incumplimiento y a los terceros que OFFIMEDICAS S.A. le indique.



FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL EMPLEADO Y/O  
POSTULANTE A EMPLEADO

OM-FGH-039  
Versión: 02  
Vigente a partir de: 21/01/2023  
Pagina 3 de 3  
Copia: Controlada

8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Fotocopia de documento de identidad

9. 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



Huella

FIRMA

10. INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA ENTIDAD

Recopilación de información

La cédula coincide con el nombre suministrado

Verificación en listas

Si

No

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas informar al Oficial de Cumplimiento

ENCARGADO DE RECOPIRAR LA INFORMACIÓN

NOMBRE

CONCEPTO OC

No. CEDULA

CARGO

EXTENCIÓN

FIRMA OC

FECHA

HORA

FECHA

HORA