

FORMULARIO ÚNICO DE VINCULACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y PROVEEDORES
EPS FAMISANAR SAS
NIT: 830.003.564 - 7



1- CONOCIMIENTO DEL CLIENTE "SARLAFT" Circular externa 000009 del 21 de abril de 2016 Expedida por la Superintendencia de Salud

1.1 INFORMACIÓN GENERAL (Aplica para persona natural o jurídica)

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	2/12/2021	TIPO DE PERSONA:	ACTIVIDAD ECONÓMICA RUT (4 DIGITOS)
CIUDAD / DEPARTAMENTO	Medellin / Antioquia	Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input checked="" type="checkbox"/>	6201
TIPO DE CONTRIBUYENTE	Responsable de Iva SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	Grandes Contribuyentes <input type="checkbox"/>	Otras Entidades <input checked="" type="checkbox"/>
NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN	900922773 DV 6	
PROCEX SOFTWARE SAS	Tipo de Identificación Nit <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual		
DIRECCION DE NOTIFICACION	TELÉFONOS	CIUDAD	E-MAIL DE NOTIFICACIÓN
CALLE 47D # 83-57	01-8000-413-697	Medellin	contacto@procex.co
CONTACTO COMERCIAL CON EPS FAMISANAR SAS	IDENTIFICACIÓN	EMAIL	TELEFONO

1.2 INFORMACIÓN GENERAL DEL REPRESENTANTE LEGAL (Aplica para persona jurídica)

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL	IDENTIFICACION	DIRECCION OFICINA	TELEFONO
WILLIAM EDUARDO CADAVID OLAYA	98707156	CALLE 47D # 83-57	3045783200
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO REPRESENTANTE LEGAL	OCUPACIÓN O PROFESIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL		
Medellin, 29 de marzo de 1984	Ingeniero de sistemas		
¿ESPECIFICAR SI MANEJA RECURSOS PÚBLICOS Y/O OSTENTA ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO Y/O GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? (Declaración del Representante Legal de si tiene o no la condición de Persona Políticamente Expuesta (PEP). Es servidor público).			SI NO X
¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES? (Señale el tipo de operación: Importaciones, exportaciones, inversiones, XCC, prestamos, envío y/o recepción de giros, pago de servicios, otras - Especificar). <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			SI NO X

1.3 INFORMACIÓN FINANCIERA (Aplica para persona natural o jurídica)

Ingresos Mensuales	\$ 123,560,000.00	Egresos Mensuales	\$ 75,000,000.00	Concepto otros ingresos:
Activos	\$ 763,535,752.00	Pasivos	\$ 328,530,648.00	
Patrimonio	\$ 435,005,104.00	Otros Ingresos	\$	
FECHA DE CONSTITUCIÓN EN CAMARA DE COMERCIO O PERSONA JURÍDICA	Día	Mes	Año	E-MAIL EMPRESARIAL
	6	1	2016	contacto@procex.co

1.4 INFORMACIÓN BANCARIA (Aplica para persona natural o jurídica)

INFORMACION DE CUENTA BANCARIA AUTORIZADA PARA PAGOS				
NOMBRE DEL BANCO	SUCURSAL (Dirección y teléfono)	CUENTA NÚMERO	TIPO DE CUENTA	ANTIGÜEDAD
BANCOLOMBIA	ESTADIO MEDELLIN	36053223952	AHORROS	5 AÑOS

1.5 REFERENCIAS COMERCIALES (Aplica para persona natural o jurídica)

NOMBRE DE LA EMPRESA	DIRECCION	TELEFONO	ANTIGÜEDAD
NUEVA EPS S.A.	CARRERA 85K # 46A-66, BOGOTA	4193000	6 AÑOS
MUTUAL SER EPSS	CARRETERA TRONCAL # 71B-105, CARTAGENA	6517393	7 AÑOS

1.6 DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS (Aplica para persona natural o jurídica)

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 contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado es veraz, verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
- El origen de los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle actividad o negocio):

ARRENDAMIENTO DE SOFTWARE SIGIRES

1.7 DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES (Aplica para persona natural o jurídica)

El Cliente o contraparte declara que sus socios y/o accionistas y representantes legales no tienen conflictos de intereses con empleados de EPS FAMISANAR S.A.S. Estaría en conflicto de intereses de acuerdo con los siguientes parametros: Relaciones personales o familiares hasta 4 grado de consanguinidad (padres, hijos, hermanos, abuelos, nietos, tíos, sobrinos y primos). 1er y 2do grado de afinidad (cónyuge o compañero permanente, suegros, cuñados, hijos del cónyuge o compañero permanente, yerno, nuera). 1er grado civil (hijos adoptivos, hijos en común). Relaciones cercanas que usted considere u otros consideren puedan entrar en conflicto con el bien o servicio a contratar.

1.8 AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS (Aplica para persona natural o jurídica)

De manera expresa AUTORIZO para que EPS Famisanar SAS, actúe como responsable del tratamiento de mis datos personales de los cuales soy titular en los términos de la ley estatutaria 1581 de 2012; el tratamiento de mis datos personales por parte de la compañía, será en general las propias del desarrollo de su objeto social y en especial para los fines legales y contractuales existente entre las partes.

2- CERTIFICACIÓN DE INHABILIDADES DEL REPRESENTANTE LEGAL / PROFESIONAL INDEPENDIENTE

Con la firma del presente formulario certifico que conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades estatales (publicas), mixtas y privadas de conformidad con lo establecido en la Constitución Nacional, así como en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, adicionado por el artículo 18 de la ley 1150 de 2007, los artículos 1, 2 y 4 de la ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes; de las sanciones por trasgresión a las mismas establecidas en los artículos 26 numeral 7 de la ley 80 de 1993, así como los efectos legales consagrados en el artículo 44 numeral 1 de la norma precitada, y declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que los representantes legales, miembros de junta directiva, accionistas, socios fundadores, contador público y revisoría fiscal no se encuentran incurso en ninguna de ellas.



De conformidad con el ejercicio de conocimiento del cliente incluyendo la conformación de la institución que represento me permito informar que la composición accionaria, junta directiva, junta de socios o socios fundadores:

☒☐[illegible]

Con la firma del presente formulario certifico que en calidad de encargado del tratamiento de datos personales y datos personales sensibles de usuarios de EPS Famisanar, suministrados para efectos de la ejecución del contrato de prestación de servicios vigente, certifico mediante la suscripción del presente documento que, estoy dando cumplimiento a los deberes y obligaciones previstas en la ley 1581 de 2012, decreto 1377 de 2013 y las demás normas que las sustituyan, adicionen, complementen o modifiquen; garantizando la seguridad y confidencialidad de dicha información.

En calidad de representante legal debidamente facultado de la institución que represento y que se encuentra relacionada en el presente formulario, certifico bajo gravedad de juramento que la institución se encuentra a paz y salvo por concepto de aportes al Sistema General de Seguridad Social y Parafiscales acorde con lo dispuesto por la normativa vigente.

William Cadavid

98707156

HUELLA



NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL / PERSONA NATURAL	
--	--

IDENTIFICACIÓN

FIRMA