



SISTEMA DE AUTOCONTROL Y GESTIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA LA/FT/FPADM- SAGRILAFT

F(GJ)034
Versión: 5
ago-21
1 DE 2

FORMATO UNICO DE DEBIDA DILIGENCIA

Apreciada contraparte el diligenciamiento del presente formulario nos permite realizar el Proceso de Conocimiento de Contrapartes y Debida Diligencia, de acuerdo con la normativa legal vigente en materia de prevención de LA/FT/FPADM, donde exige que toda persona natural o jurídica que quiera tener o tenga algún tipo de vinculo con la Compañía FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S debe suministrar los datos personales y empresariales que permitan tener una identificación, clara, confiable y total de la contraparte.

FECHA:	CIUDAD:	VINCULACIÓN <input type="checkbox"/>	DEPARTAMENTO:	ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/>
--------	---------	--------------------------------------	---------------	--

TIPO DE CONTRAPARTE

CLIENTE <input type="checkbox"/>	ACCIONISTA <input type="checkbox"/>	PROVEEDOR <input type="checkbox"/>	PEPs <input type="checkbox"/>	EMPLEADO <input type="checkbox"/>	CONTRATISTA <input type="checkbox"/>	REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/>
PERSONA NATURAL <input type="checkbox"/>	PERSONA JURÍDICA <input type="checkbox"/>	OTRO: <input type="checkbox"/>		CUAL:		

INFORMACIÓN GENERAL PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (País/Ciudad)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)		
C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
PASAPORTE <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	CUAL:			
FECHA NACIMIENTO	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD	Nº DE HIJOS	PERSONAS A CARGO
PAÍS	DEPARTAMENTO	CIUDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO FIJO	MÓVIL
CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE VIVIENDA				
LIBRETA MILITAR N°	CLASE	DISTRITO	PROPIA <input type="checkbox"/>	FAMILIAR <input type="checkbox"/>	ARRENDADA <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL	UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>	CASADO <input type="checkbox"/>	SOLTERO <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/>	SEPARADO <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN ACADÉMICA

NIVEL DE ESTUDIO	BACHILLER <input type="checkbox"/>	TÉCNICO <input type="checkbox"/>	TECNOLOGO <input type="checkbox"/>	PREGRADO <input type="checkbox"/>	POSTGRADO <input type="checkbox"/>	MAESTRIA <input type="checkbox"/>
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	FINALIZÓ	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	EN CURSO <input type="checkbox"/>	FECHA DE TERMINACIÓN	TÍTULO OBTENIDO	

OCCUPACIÓN - OFICIO - PROFESIÓN

EMPLEADO <input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	EMPLEADO PUBLICO <input type="checkbox"/>	PENSIONADO <input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	CUAL:
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA			DIRECCIÓN			TELÉFONO
CARGO ACTUAL	N° TARJETA PROFESIONAL	FECHA DE VINCULACIÓN (AAAA/MM/DD)				
PAÍS	DEPARTAMENTO	CIUDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO	MÓVIL	
CORREO ELECTRÓNICO	POSEE REGISTRO MERCANTIL:					
SEDE PRINCIPAL	SUCURSALES		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SEDE REGISTRO		

PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA PEPs

Son aquellas personas nacionales o extranjeras que cumplen funciones públicas destacadas de alto nivel o con mando y jurisdicción en un Estado, como jefes de Estado o de un gobierno, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos o familiar cercano o estrecho colaborador de cualquier categoría de persona expuesta políticamente (extranjero, nacionales o de organismo internacional). Se considerará persona políticamente expuesta desde el momento de su nombramiento hasta su separación del cargo y por un periodo posterior no mayor de dos (2) años desde el momento que cesa de ejercer funciones u obligaciones.
Definición traída del GAFI

¿ERES UN PEPs?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DESDE	HASTA	FECHA DE VINCULACIÓN (AAAA/MM/DD)	FECHA DE DESVINCULACIÓN (AAAA/MM/DD)
RELACIONE LOS DOS ULTIMOS CARGOS					

INFORMACIÓN GENERAL PERSONA JURÍDICA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	TIPO DE EMPRESA	CLASIFICACIÓN/TIPO SOCIETARIO
	PUBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/>	S.A. <input type="checkbox"/> S.A.S <input type="checkbox"/> LTDA <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL?
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA/FISCAL	DOCUMENTO DE CONSTITUCIÓN	ENTIDAD/AUTORIDAD DE REGISTRO
DIRECCIÓN	TELÉFONO	PORTAL O PAGINA DE INTERNET
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL PRINCIPAL	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No IDENTIFICACIÓN
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	
	PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	CUAL:
LUGAR NACIMIENTO (País/Ciudad)	FECHA DE EXPEDICIÓN	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TELÉFONO	CELULAR	AUTORIZADO PARA SUSCRIBIR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CORREO ELECTRÓNICO PARA FACTURACIÓN	CORREO ELECTRÓNICO PARA ENVÍO DE INFORMACIÓN	

ACCIONISTAS CON PARTICIPACION ACCIONARIA O CAPITAL SOCIAL DIRECTA O INDIRECTA DE MAS DEL 5% O MAS

NOMBRE Y APELLIDO	No IDENTIFICACIÓN	% PARTICIPACION	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRONICO

ACTIVIDAD ECONOMICA PERSONA JURÍDICA

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	IVA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL
	GRAN CONTRIBUYENTE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	AGENTE RETENEDOR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CORREO DE REPORTE DE PAGOS		
	AGENTE AUTORETENEDOR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CÓDIGO ACTIVIDAD(ES) ECONOMICA(S) SECUNDARIA(S)		

DESCRIBA LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA

REFERENCIAS COMERCIALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN	CIUDAD /DEPARTAMENTO /PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/ CELULAR

SEGUNDA REFERENCIA COMERCIAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN	CIUDAD /DEPARTAMENTO /PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/ CELULAR

REFERENCIA FINANCIERA / EN CASO DE PERSONA JURIDICA 2 REFERENCIAS

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAÍS / CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:					CUAL:

SEGUNDA REFERENCIA FINANCIERA / EN CASO DE PERSONA JURIDICA 2 REFERENCIAS

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAÍS / CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:					CUAL:

INFORMACION ADICIONAL

MANEJA O MANEJÓ RECURSOS PUBLICOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	OSTENTA ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TRANSFERENCIAS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	IMPORTACIONES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	EXPORTACIONES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
ENVÍO Y RECEPCIÓN DE GIROS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PAGO DE SERVICIOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	INVERSIONES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PRESTAMOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	POR SU CARGO ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR EN OTRO PAIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

DECLARACION DE VERACIDAD DE LA INFORMACION



SISTEMA DE AUTOCONTROL Y GESTIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA LA/FT/FPADM- SAGRILAFT

F(GJ)034
Versión: 5
ago-21
1 DE 2

DECLARO: que la información contenida en el Formulario Único de Debida Diligencia es Verdadera, Completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada, por lo cual autorizo a que sea validada por la Compañía FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S.

DECLARACION ORIGEN DE FONDOS

DECLARO: Que los dineros y recursos generados por mi actividad económica, NO provienen de actividades ilícitas, de conformidad con lo establecido en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique y no son utilizados ni destinados con fines ilícitos. Autorizo a la Compañía FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S para que cancele, salde o dé por terminado todas las operaciones, negocios o contratos, en el caso que incumpla o cometa alguna infracción relacionada con la procedencia y/o el origen de fondos. De esta manera, eximo a la FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S de toda responsabilidad.

DECLARACION PARA LA PREVENCIÓN DEL LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y LA FINANCIACIÓN DE PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA

DECLARO: 1. Que no me encuentro en ninguna Lista Vinculante para Colombia (OFAC y ONU), así como también en otras recomendadas en Colombia, así mismo me comprometo y responsabilizo ante la Compañía para que mi (Socios y Accionistas, Representante Legal, Empleados, Proveedores, Clientes y Aliados Estratégicos , tampoco se encuentren en dichas listas.
2. Que actualizare anualmente la información contenida en este Formulario, en caso de que ocurra cambios en la información suministrada a FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S.
3. Que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones a mi cargo, objeto del presente contrato o convenio no provienen ni provendrán de actividades ilícitas emanadas de los artículos 323 Lavado de Activos y 345 Financiación del Terrorismo, Ley 599 de 2000 Código Penal Colombiano y que atienden contra la moral y la buena fe de terceros.
4. Acatar la normativa legal vigente a la cual esta sometida la Compañía FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S.

DECLARACION / AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Por medio de la firma del presente documento, de manera libre, expresa y voluntaria autorizo FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S, identificada con el NIT 900.433.437-8, ubicada en la dirección calle 104 N° 18A 52 TO 1 OF 502 BRR SANTA BARBARA, BOGOTÁ D.C. para que en calidad de responsable recolecte y trate mis datos personales, de conformidad con la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, las demás normas que las modifiquen, sustituyan o complementen; y su Política de Privacidad y de Protección de Datos Personales disponible en la página web de la entidad, para las siguientes finalidades:

1. Validar la información suministrada en cumplimiento de la normativa vigente sobre prevención del lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/FPADM SAGRILAFT.
2. Corroborar, validar y consultar la información suministrada en fuentes de información y en centrales de riesgo, con el propósito de utilizarla como un elemento de análisis en su relación con la Compañía; así como realizar los reportes correspondientes en el desarrollo esta.
3. Adelantar procesos de pagos, cobros, facturación, abonos, patrocinios y donaciones en virtud de su relación con la Compañía, así como adelantar trámites ante autoridades públicas o personas privadas, respecto de los cuales esta información resulte pertinente.
4. Realizar inscripciones ante las entidades públicas y privadas, bancos, referenciación personal, de seguridad social o ARL, que sean necesarias para el cumplimiento de las obligaciones que se deriven de su relación con la Compañía.
5. Mantener una comunicación permanente y eficaz, por medio del envío de mensajes con contenido de pagos, cuentas por pagar y cobrar, jurídico y con contenido, comercial, publicitario o promocional sobre los productos y/o servicios, eventos, promociones, campañas adelantadas por la Compañía.
6. Adelantar trámites ante autoridades públicas o personas privadas, respecto de los cuales esta información resulte pertinente.
7. Soportar procesos de auditoría interna o externa y verificar el cumplimiento de las políticas internas de la Compañía.

FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S. podrá recolectar y tratar datos personales cuyo uso indebido puede generar discriminación, los cuales tienen el carácter de datos personales sensibles, que se tratarán con el propósito de alcanzar las finalidades mencionadas. Por lo cual, manifiesto que las respuestas a las preguntas sobre datos personales sensibles y datos de menores de edad son facultativas y las suministro de manera libre y voluntaria.

En mi calidad de Titular de los datos personales tengo derecho a conocer, acceder, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, ser informado respecto de los usos que se le han dado a mis datos y/o solicitar su supresión, mediante el correo electrónico: oficial.cumplimiento@farmaq.com

AUTORIZACION DE CONSULTA Y REPORTES EN CENTRALES DE RIESGO (HABEAS DATA)

En mi calidad de titular de información susceptible a reposar en banco de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países, manifiesto que de manera libre y voluntaria autorizo a FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S para:

Recopilar, disponer o divulgar mi información crediticia; Consultar ante los operadores de centrales de riesgo o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos de información financiera, crediticia o comercial, toda la información relevante para conocer mi comportamiento como deudor, cumplimiento de las obligaciones, hábitos comerciales y desempeño crediticio y específicamente, el incumplimiento o mora de las obligaciones contraídas; Solicitar y consultar, con fines estadísticos de control, de supervisión y de información comercial, toda mi información financiera y comercial, en general, y especialmente la información relativa al incumplimiento o mora de obligaciones que se encuentre disponible en cualquier otra base de datos de la misma naturaleza en Colombia o en el exterior.
Autorizo además a FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S. para reportar ante las autoridades de centrales de riesgo o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos de información financiera, crediticia o comercial, la información pertinente, actualizada, veraz, completa y exacta sobre mi desempeño comercial y el comportamiento como deudor frente a las obligaciones crediticias que adquiriera con FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S.
La anterior autorización se otorga, en el entendido de que, conforme al ordenamiento legal, tengo el derecho, entre otros, a solicitar y corroborar la información que se reporte, pedir la actualización o rectificación de los datos contenidos en la base de datos y a que FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S me notifique a través de un correo electrónico o mensaje de texto el reporte de la información positiva o negativa que vaya a realizar ante las centrales de riesgos para efecto de ejercer mi derecho a controvertir la información reportada o proceder a cancelar las obligaciones pendientes que sean exigibles.

CLAUSULA DE COMPROMISO CON EL LA/FT/FPADM SAGRILAFT

El Accionista, Socio, Inversor, Empleado, Contratista, Proveedor, cliente o cualquier vinculado con la compañía, se comprometen a acatar la normatividad vigente de FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S y a dar cumplimiento de los requisitos mínimos exigidos en este documento para el funcionamiento del SAGRILAFT, garantizando que toda la información y documentación que presenta es legible, completa y exacta.

CLAUSULA DE INCUMPLIMIENTO

FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S. podrá terminar de manera unilateral e inmediata la relación suscrita con la contraparte. Cuando esta:
1. Sus socios o sus acciones y/o sus administradores llegaren a ser: Vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos fuentes de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de Proliferación de Armas de Destrucción Masivas.
2. Sea incluida en Lista Vinculante para Colombia (OFAC y ONU), así como también en otras recomendadas en Colombia o por cualquier autoridad nacional o extranjera competente.
3. Suministre información errónea, falsa o inexacta que se hubiera proporcionado en este documento.
4. Por las que considere que objetivamente supongan un alto riesgo reputacional, operativo, de contagio, legal o de cualquier otro tipo para la Compañía.
Entiendo y acepto las obligaciones a que se refiere la presente clausula, la cual será plenamente exigible, Su incumplimiento dará lugar a la terminación del contrato, al pago de los perjuicios ocasionados, al igual se realizaran los reportes de incumplimiento a las entidades de control y la Compañía FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S, será exonerada de cualquier culpa o responsabilidad.

DOCUMENTOS REQUERIDOS SEGÚN CORRESPONDA

PERSONA JURIDICA	PERSONA NATURAL
1. Copia del Certificado de Existencia y Representación Legal y/o Cámara y Comercio vigencia no superior a treinta (30) días. 2. Copia RUT (Registro Único Tributario- vigencia de año en curso) 3. Copia del documento de identificación Representante Legal, ampliada al 150%. 4. Certificación Bancaria. 6. Referencias Comerciales (cuando aplique). 7. Certificación de Políticas y procedimientos SARLAFT-SAGRILAFT-PTEE / Para empresas Obligadas. 8. Certificación y Pago de Afiliación a EPS y ARL de la(s) persona(s) natural(es) que prestarán el servicio. (cuando aplique). 9. Certificado de matrícula mercantil expedido por la Cámara de Comercio	1. Copia del documento de identificación, ampliada al 150%. 2. Copia del Registro Único Tributario RUT.(vigencia del año en curso) 3. Certificación Bancaria. 4. Certificaciones Comerciales. - Cuando aplique 4. Copia Certificaciones Estudio. - Cuando aplique. 5. Certificado de matrícula mercantil expedido por cámara de comercio. 6. Certificación y Pago de Afiliación a EPS y ARL.

CONTRAPARTE (Accionista/Socio/Inversor/Empleado/Contratista/Proveedor/Cliente / PEP's / Otro) **FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S**
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.

Firma Contraparte _____ No. Identificación _____	HUELLA INDICE DERECHO		HUELLA INDICE DERECHO	Firma Representante Legal/Oficial de cumplimiento _____ No Identificación _____	HUELLA INDICE DERECHO	
---	-----------------------------	--	-----------------------------	--	-----------------------------	--

AVISO
La información consignada en el presente documento se presume veraz, por lo que cualquier imprecisión, alteración o falsedad es responsabilidad exclusiva de quien diligencia el documento. De igual manera, cualquier modificación o cambio relativo a la información consignada en el presente documento, deberá ser comunicado por escrito a la Compañía FARMAQUIRURGICOS JM S.A.S.

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PERSONAL AUTORIZADO Y FUNCIONARIOS					
APROBADO <input type="checkbox"/>	RECHAZADO <input type="checkbox"/>	DIA _____	MES _____	AÑO _____	SE CONFIRMA LISTAS RESTRICTIVAS SAGRILAFT SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES:					
Aprobado por:	Elaborado por:	Jenny Mabel Pareja Rúa		Revisado por:	