

Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo
y Financiación a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT/FPADM)

COMFAMILIAR RISARALDA requiere para el cumplimiento de las instrucciones normativas, de su parte el diligenciamiento del presente formulario. Este nos permite conocer de una manera más puntual y concreta, el desarrollo de sus actividades; así mismo, cumplir con las directrices enmarcadas en el tema de Riesgos SARLAFT/FPADM. Es indispensable y obligatorio para nuestra Entidad, que tanto nuestros Proveedores, Contratistas y demás Aliados Estratégicos, diligencien este formulario como pre-requisito para la relación comercial, social o de prestación de algún servicio.

Tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- a) El formulario debe diligenciarse en su totalidad.
- b) No se permiten borrones, tachones o enmendaduras.
- c) En los campos en que la información no aplique a su caso, poner N/A.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO					TIPO DE REGISTRO	
CIUDAD					VINCULACIÓN	
PERSONA NATURAL		PERSONA JURÍDICA			ACTUALIZACIÓN	

1. DATOS GENERALES

PERSONA NATURAL									
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE (S)			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN (señale con una x)			NÚMERO IDENTIFICACIÓN			LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN	
C.C	C.E	OTRO ¿CÚAL? _____							
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN, PROFESIÓN U OFICIO			CÓDIGO CIU	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA			CIUDAD	TELÉFONO	CORREO ELECTRONICO		BIEN O SERVICIO QUE SUMINISTRA		

PERSONA JURÍDICA

NIT	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			CIUDAD	SECTOR DE LA ECONOMÍA	TELÉFONO	CODIGO CIU
DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA		DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL		CORREO ELECTRONICO		BIEN O SERVICIO QUE SUMINISTRA	

TIPO DE SOCIEDAD: Anónima () Limitada () S.A.S () ESAL () OTRA ¿CÚAL? _____

TIENE SUCURSALES: SI () NO () ¿En dónde? _____

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE (S)		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN (señale con una x)			NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN			LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN
C.C	C.E	OTRO ¿CÚAL? _____						
FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		
CIUDAD			TELÉFONO			CORREO ELECTRONICO		

2. IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS FINALES, ACCIONISTAS O ASOCIADOS PRINCIPALES

Con Porcentaje de capital social o aporte IGUAL O SUPERIOR AL 5% (En caso que requiera otras casillas, adicionar una hoja con los mismos datos solicitados en el presente formato).

NOMBRE Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CIUDAD

Con Porcentaje de capital social o aporte IGUAL O SUPERIOR AL 25%. (En caso que requiera otras casillas, adicionar una hoja con los mismos datos solicitados en el presente formato).

NOMBRE Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CIUDAD

3. DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)		
La calidad de Personas Expuestas Políticamente (PEP) se mantendrá en el tiempo durante el ejercicio del cargo y por dos (2) años más desde la dejación, renuncia, despido o declaración de insubsistencia del nombramiento, o de cualquier otra forma de desvinculación, o terminación del contrato.		
¿Maneja recursos públicos? SI () NO ()	¿Ostenta algún grado de poder público? SI () NO ()	¿Tiene reconocimiento público? SI () NO ()
Es una PEP: a) VIGENTE () b) DESVINCULADA () CARGO _____ Fecha vinculación _____ Fecha desvinculación _____		
¿Realiza operaciones internacionales? SI () NO () ¿Cuál? Importaciones () Exportaciones () Inversiones () Préstamos () Envío y/o Recepción de giros () Pago de servicios () Transferencias () Otras ()		
¿Posee cuentas financieras en algún país extranjero en las que tenga derecho o poder de firma o de otra índole sobre alguna? SI () NO () ¿En qué país? _____		

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS
Declaro expresamente y de manera voluntaria que:
1. Los recursos que poseo provienen de actividades lícitas, y de las siguientes fuentes que detallo a continuación: _____ (Ocupación, Oficio, Actividad o Negocio).
2. La actividad, profesión u oficio es lícita y se ejerce dentro del marco legal.
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando Comfamiliar Risaralda lo requiera.
4. Los recursos que ingresen al patrimonio, no se destinarán a la financiación del terrorismo, a la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, ni son producto de lavado de activos.
5. Conozco que la actividad de lavado de activos, de financiación al terrorismo y de financiación a la proliferación de armas de destrucción masiva son actividades ilegales, contempladas dentro del Código Penal Colombiano.

5. INFORMACIÓN FINANCIERA				
TOTAL ACTIVOS		INGRESOS MENSUALES		Fecha de corte de la información financiera: _____
TOTAL PASIVOS		EGRESOS MENSUALES		
TOTAL PATRIMONIO		OTROS INGRESOS MENSUALES		

6. SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS
1. ¿Tiene implementado un sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva? SI _____ NO _____ ¿CÚAL? SARLAFT () SIPLAFT () SAGRILAFT ()
2. ¿Tiene implementado un Programa de Transparencia y Ética Empresarial -PTEE? SI _____ NO _____
3. La empresa cuenta con un Oficial de Cumplimiento SI _____ NO _____ Si la respuesta es si, diligencie la siguiente información: Nombre completo _____ No. Identificación _____ Correo electrónico _____

7. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
COMFAMILIAR RISARALDA, dando cumplimiento a la Ley 1581 de octubre 17 de 2012 y demás normas que modifican, adicionan o complementan, sobre protección de datos personales, informa que los datos incluidos en este documento; serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios, envío de información de servicios, o relacionados con el vínculo comercial entre las partes, así mismo, con relación a riesgos SARLAFT/FPADM, en caso de ser necesario por las disposiciones contempladas en normatividad vigente, esta información puede ser enviada a los Entes de Control o Judiciales Competentes; quedando autorizado con la respectiva firma, en forma libre, expresa y voluntaria. Lo anterior no impide al ejercicio de los derechos al acceso, rectificación, actualización y supresión de los datos personales en cualquier momento. Manifiesta igualmente el firmante que conoce que existe un manual de política de uso de datos de COMFAMILIAR RISARALDA, publicado en la página www.comfamiliar.com el cual se compromete a verificar.

8. FIRMA Y HUELLA
Declaro haber leído y entendido cada una de las preguntas aquí consignadas; así mismo, doy fé que las respuestas contienen información verídica, por lo tanto procedo con la firma del documento:
Proveedor, Contratista (Persona Natural o Representante Legal) Firma y No. documento de identidad Huella

9. OTRA INFORMACIÓN ADICIONAL
Nombre de la persona y/o funcionario que diligenció este formulario _____ No. documento _____

Espacio para uso exclusivo de Comfamiliar Risaralda:

Funcionario que recepciona la Ficha 1-FT-429	
Nombre Completo	
Proceso de la Institución al que pertenece	

¿Se realizó la consulta de antecedentes?
SI _____ NO _____

Si presenta alguna inquietud con respecto al diligenciamiento de este documento, eleve su inquietud ante el Oficial de Cumplimiento, al correo idad@comfamiliar.com

 Comfamiliar RISARALDA Nit. 89148000-1	COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO/FINANCIAMIENTO PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	Código	1-FT-432
		Versión	2
		Vigente a partir	2023-10-16

YO, _____, identificado con cedula número _____, expedida en _____, actuando como _____ de la empresa _____, ubicada en _____, manifiesto de manera voluntaria, que mediante este documento me comprometo a asumir, las siguientes obligaciones, previo a las siguientes consideraciones:

1. Que es de mi interés, apoyar las acciones que realiza COMFAMILIAR RISARALDA, para fortalecer la transparencia en sus procesos de contratación.
2. Que es de interés propio y de la empresa que represento (Cuando aplique) participar en los procesos de invitación a contratar que realiza COMFAMILIAR RISARALDA.
3. Que es de interés propio y de compromiso voluntario, suministrar la información que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso.
4. Que de manera voluntaria y con pleno sentido de actuación dentro de la legalidad que corresponde a los ciudadanos Colombianos y a las Empresas Colombianas, suscribo el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por las siguientes cláusulas:

COMPROMISOS.

1. No ofreceré ni daré sobornos, ni ninguna otra forma de recompensa a ningún funcionario de COMFAMILIAR RISARALDA, ni a terceros involucrados, en relación con la oferta presentada, ni con el proceso de contratación o selección, ni en la ejecución o desarrollo del contrato que pueda celebrarse.
2. Me comprometo a no permitir que nadie, de mi empresa o cercano a nosotros, intervenga de manera ilícita en la decisión de elección.
3. Me comprometo a impartir instrucciones a los empleados, asesores, y a cualquier otro representante de mi empresa, a no ofrecer o pagar sobornos o cualquier otro relacionado, a los funcionarios directos o indirectos de COMFAMILIAR RISARALDA.
4. Asumo a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias legales y comerciales previstas en Colombia y autorizo a COMFAMILIAR RISARALDA para

 Comfamiliar RISARALDA Nit. 89148000-1	COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO/FINANCIAMIENTO PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA	Código	1-FT-432
		Versión	2
		Vigente a partir	2023-10-16

sacarme de la lista de proponentes en el evento en que conozca que he incumplido este compromiso y me deje por fuera del proceso de contratación.

5. Me comprometo a no involucrarme en actividades de Lavado de Activos y Financiación al Terrorismo y Financiamiento a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva

En constancia de lo anterior, y de aceptación de los compromisos adquiridos, firmo en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DATOS PERSONA JURIDICA	
NOMBRE RAZÓN SOCIAL (Cuando aplique)	
NIT o C.C.	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	
C.C.	
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
DIRECCIÓN EMPRESA	
TELÉFONO	

DATOS PERSONA NATURAL	
NOMBRE COMPLETO	
No DOCUMENTO IDENTIDAD	
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	
FIRMA	

NOTA: Favor diligenciar la totalidad de los espacios; donde no aplique registrar **N.A**