

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

Yo, _____, identificado(a) con el documento de identidad _____ No. _____ expedido en _____, obrando en nombre propio o en mi calidad de apoderado según poder adjunto o representante legal de la Sociedad _____ identificada con el NIT No. _____, según certificado de existencia y representación legal que se anexa, manifiesto que la información consignada es cierta, y realizo la siguiente declaración de origen de fondos a **PROMOTORA MÉDICA LAS AMÉRICAS**, con el propósito de cumplir lo solicitado por la Superintendencia Nacional de Salud y por la Superintendencia Financiera de Colombia, en cuanto a las "Instrucciones relativas a la Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo" y demás normas legales.

1. Declaro que los recursos utilizados en cualquier tipo de transacción con **PROMOTORA MÉDICA LAS AMÉRICAS**, provienen del desarrollo de las siguientes actividades: _____
2. Que los recursos utilizados no provienen de ninguna actividad ilícita.
3. Que no admito que terceros efectúen depósitos en las cuentas de la sociedad con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo adicione; ni efectúo transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Autorizo a resolver cualquier acuerdo, negocio o contrato celebrado con **PROMOTORA MÉDICA LAS AMÉRICAS**, en caso de infracción de cualquiera de los compromisos y obligaciones contenidos en este documento o cuando figure mi nombre o el de la entidad que represento en cualquier tipo de investigación o proceso relacionado con delitos fuentes de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo o en cualquier lista inhibitoria y por lo tanto eximo a la entidad de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
5. Autorizo a **PROMOTORA MÉDICA LAS AMÉRICAS**, para que consulte mi información crediticia en las Centrales de Riesgo y ante las entidades que estime necesarias.

AUTORIZACIONES Y MANIFESTACIONES

AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Autorizamos a **PROMOTORA MÉDICA LAS AMÉRICAS**, para que con fines de control, supervisión y de información comercial, informe, reporte, procese o divulgue, a las Centrales de Información de los Órganos de Control y Vigilancia del Estado Colombiano y a cualquier otra entidad que maneje las bases de datos con los mismos fines, el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento, de obligaciones contraídas o que lleguemos a contraer, fruto de contratos celebrados con las empresas de **PROMOTORA MÉDICA LAS AMÉRICAS**. La presente autorización comprende no sólo la facultad de reportar, procesar y divulgar, sino también de solicitar información sobre mis (nuestras) relaciones comerciales con cualquier otra entidad.

Autorizo SI NO

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

PROMOTORA MÉDICA LAS AMÉRICAS, como responsable del tratamiento de datos personales, le informa que usted como titular de sus datos personales tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar, suprimir y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de los datos personales; asimismo podrá negarse a autorizar el tratamiento de sus datos sensibles, siendo entonces facultativo su otorgamiento. Los anteriores derechos los podrá ejercer en cualquier momento y a través de los diferentes canales de contacto de **PROMOTORA MÉDICA LAS AMÉRICAS** y por el correo electrónico: protecciondatospersonales@lasamericas.com.co

Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a **PROMOTORA MÉDICA LAS AMÉRICAS**, como responsable para tratar mis datos personales y sensibles, dentro de las finalidades legales, pre-contractuales, contractuales y comerciales relacionadas con los servicios y/o productos de **PROMOTORA MÉDICA LAS AMÉRICAS**, conforme a la Política de Tratamiento de Datos Personales que se encuentra disponible para su consulta en www.lasamericas.com.co.

Autorizo SI NO

Dejamos constancia que nos han suministrado información comprensible y legible acerca de la vinculación y que hemos entendido los términos y condiciones ofrecidos por **PROMOTORA MÉDICA LAS AMÉRICAS**, además de la información relevante y necesaria para nuestra adecuada comprensión.

Bajo la gravedad del juramento manifestamos que todos los datos aquí consignados son ciertos y que la información que adjuntamos es veraz y verificable, y autorizamos su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial con **PROMOTORA MÉDICA LAS AMÉRICAS**, o con quien represente sus derechos y nos comprometemos a actualizar la información y/o documentación al menos una vez al año o cada vez que las normas lo ameriten.

Toda la información aquí consignada está sujeta a verificación por parte de **PROMOTORA MÉDICA LAS AMÉRICAS**.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmamos la presente solicitud de vinculación.

FIRMA (Solicitante, Apoderado o Representante Legal)

**HUELLA
DACTILAR
Índice Derecho**