

**ANEXO 3. Formato de declaración prevención y control del riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo**

**En cumplimiento a la política de Prevención y Control del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo en la Unidad de servicios de salud de la Universidad Nacional de Colombia - UNISALUD y de conformidad con la normatividad legal existente declaro:**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con C.C NIT No. \_\_\_\_\_ obrando en \_\_\_\_\_ (nombre propio o en representación de) \_\_\_\_\_, (nombre del representado) identificado con (CC/NIT) \_\_\_\_\_, Declaro bajo la gravedad de juramento, sujeto a las sanciones establecidas en el código penal:

Que mis recursos (o los recursos de la persona natural o jurídica que represento) provienen de actividades lícitas y están vinculados al giro normal de mis/sus actividades, por lo cual los mismos no provienen de ningún tipo de actividad ilícita de las que se encuentran contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique.

Que yo \_\_\_\_\_ (o la persona natural o jurídica que represento \_\_\_\_\_) no he/ha 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.

Que los recursos destinados al cumplimiento de las obligaciones derivadas de los contratos o negocios jurídico celebrados con la Unidad de servicios de salud de la Universidad Nacional de Colombia - UNISALUD no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en código penal colombiano o cualquier norma que modifique, adicione, o sustituya.

Que en desarrollo de las operaciones propias de la actividad en que consista el contrato o negocio jurídico celebrado con la Unidad de servicios de salud de la Universidad Nacional de Colombia - UNISALUD no contrataré, ni tendré vínculos 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.

Que yo y/o la entidad que represento cumple con las normas sobre prevención y control al lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT) que le resulten aplicables (de ser el caso), teniendo implementada las políticas, procedimientos y mecanismos de prevención y control al LA/FT que se deriven de dichas disposiciones legales

Que yo, ni la entidad que represento, ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tengan el CINCO POR CIENTO (5%) o más del capital social, aporte o participación, sus representantes legales y miembros de la junta directiva, se encuentran en las listas internacionales vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional (listas de las Naciones Unidas) o en las listas de la OFAC, estando la Unidad de servicios de salud de la Universidad Nacional de Colombia - UNISALUD, facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes, así como para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que yo o alguna de las persona/s a quienes represento figuran en dichas listas.

Que no existe contra mi o contra la entidad que represento ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tengan el CINCO POR CIENTO (5%) o más del capital social, aporte o participación, sus representantes legales y sus miembros de la junta directiva, investigaciones o procesos penales por delitos dolosos, estando la Unidad de servicios de salud de la Universidad Nacional de Colombia UNISALUD, facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes en las bases de datos o informaciones públicas nacionales o internacionales, así como para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que yo o alguna de las personas mencionadas tienen

**Macroproceso: Seguridad Social**

**Proceso: Seguridad Social en Salud**

**Título: Protocolo para la prevención del lavado de activos y la financiación del terrorismo**

investigaciones o procesos, o existe información en dichas bases de datos, que puedan exponer a UNISALUD, a un riesgo legal y/o que pongan en entredicho su reputación.

Que en el evento que tenga conocimiento de algunas de las circunstancias descritas en los dos puntos anteriores, me comprometo a comunicarlo de inmediato a la Unidad de servicios de salud de la Universidad Nacional de Colombia UNISALUD.

Que con la firma del presente documento, se entiende que tanto yo como la persona natural o jurídica que represento, otorgamos nuestro consentimiento, por lo que en consecuencia autorizamos a la Unidad de servicios de salud de la Universidad Nacional de Colombia UNISALUD, a comunicar a las autoridades nacionales, sobre alguna o cualquiera de las situaciones en este documento descritas, así como a suministrar a las autoridades competentes, toda la información personal, pública, privada o semiprivada que sobre mí o sobre la persona natural o jurídica que represento, ellas requieran. Así mismo, para que la Unidad de servicios de salud de la Universidad Nacional de Colombia UNISALUD efectúe los reportes a las autoridades competentes, que considere procedentes de conformidad con sus reglamentos y manuales relacionados con su sistema de prevención y/o administración del riesgo de lavado de activos y financiamiento del terrorismo, exonerándola de toda responsabilidad por tal hecho.

Que toda la documentación e información aportada para la celebración y ejecución del contrato o negocio jurídico con la Unidad de servicios de salud de la Universidad Nacional de Colombia UNISALUD, es veraz y exacta, estando UNISALUD facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminado el contrato o negocio jurídico, si verifica, o tiene conocimiento que ello no es así.

Declaro y acepto que la Unidad de servicios de salud de la Universidad Nacional de Colombia UNISALUD, está en la obligación legal de solicitar las aclaraciones que estime pertinentes en el evento en que se presenten circunstancias con base en las cuales UNISALUD, pueda tener dudas razonables sobre mis operaciones o las operaciones de la persona natural o jurídica que represento, así como del origen de nuestros activos, evento en el cual suministraremos las aclaraciones que sean del caso. Si estas no son satisfactorias a juicio de UNISALUD, la autorizamos para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica.

Declaro que la totalidad de pagos que realiza la sociedad que represento en ejecución de la relación comercial vigente con la Unidad de servicios de salud de la Universidad Nacional de Colombia UNISALUD, se efectúa de forma directa y con recursos propios y no a través de terceros, ni con recursos de terceros.

Lo anterior, de conformidad con la Ley de protección de datos, la Circular 09 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud y las disposiciones internas que se dicten sobre el tema.

Nombres y apellidos completo del Representante Legal	Firma	Fecha		
		Año	Mes	Día
	C.C:			

Uso exclusivo de la Unidad de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Colombia			
Observaciones :			
Nombres y apellidos completos de quien verifica la información	Firma	Fecha	
		Año	Mes
	C.C:		