

VERSIÓN: 00

 RESPONSABLE: Prof Especializado de la  
Unidad Administrativa

 FECHA DE  
INICIO/IMPLEMENTACION:  
9-05-2023

PÁGINA 1 DE 1

CÓDIGO: BS-R-013

Todos los espacios en este formulario deberán estar diligenciados, en los que no haya necesidad de completar información, escribir N.A. (no aplica).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Ciudad	DÍA	MES	AÑO

Por favor seleccione una opción sobre la razón de diligenciamiento de este formulario:

 VINCULACIÓN INICIAL

 ACTUALIZACIÓN DE DATOS

**TIPO DE VINCULACIÓN**
 CONTRATISTA     OTRA, por favor especifique cuál: \_\_\_\_\_

 SERVIDORES PUBLICOS

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**TIPO DE PRODUCTO O SERVICIO**
 Servidores Públicos

 Contratistas

 Junta Directiva

 Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA**

Razón Social:	NIT:	DV:
Razón Comercial:		
¿Es sujeto de obligaciones Tributarias en otros países?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Tipo de Empresa</b>
Si selecciono la opción "SI" por favor especifique ¿Cuál o Cuáles?: _____		Pública <input type="checkbox"/>
		Privada <input type="checkbox"/>
		Mixta <input type="checkbox"/>
		Otra <input type="checkbox"/>
		¿Cuál? _____
¿Está obligado a implementar un Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Proliferación de Armas de Destrucción Masiva y/o es sujeto de reporte a la Unidad de Información y Análisis Financiero - UIAF?	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Actividad Económica Principal ¿Cuál?		CIU 1
Actividad Económica Secundaria ¿Cuál?		CIU 2

**INFORMACIÓN OFICINA PRINCIPAL**

Dirección:	Ciudad:	Departamento:
Correo Electrónico:	Teléfono fijo:	Celular:

**INFORMACIÓN DE ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (SI NECESITA MAS ESPACIO ANEXE UNA RELACIÓN)**

No.	Tipo ID	Número	Nombre o Razón Social	1. ¿Administra Recursos Públicos?		2. ¿Ejerce Algún Grado de Poder Público?		3. ¿Goza de Reconocimiento Público?		4. Si es obligado a Declaración Tributaria, Indique País	% de Participa.
				SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ID = C.C. Cédula de Ciudadanía - C.E. Cédula Extranjería - NIT Número de Identificación Tributaria

**CLIENTES PRINCIPALES**

Razón social o nombre	No. NIT o identificación	Productos o servicios

**INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:**

Primer apellido:	Segundo apellido:	Nombres:
Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____	GENERO	
Número: _____ Fecha de vencimiento: DD MM AAAA	<input type="checkbox"/> M	Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/>
Fecha de expedición: DD MM AAAA Lugar de expedición (ciudad y país): _____	<input type="checkbox"/> F	Soltero(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento: DD MM AAAA Lugar de nacimiento (ciudad y país): _____	<input type="checkbox"/> Otro	Unión Libre <input type="checkbox"/>
EN LOS ÚLTIMOS AÑOS EN SU CARGO O ACTIVIDAD:	¿Es Persona Políticamente Expuesta PEP? <input type="checkbox"/>	¿Ha manejado o maneja recursos públicos? <input type="checkbox"/>
	¿Ejerce o ha ejercido cargos públicos? <input type="checkbox"/>	¿Tiene o ha tenido familiares con cargos políticos? <input type="checkbox"/>
	¿Es Socio de una Persona PEP? <input type="checkbox"/>	Si ha ejercido cargos públicos por favor especifique ¿Cuál?: _____

 RECUERDE INGRESAR A LA PÁGINA WEB DE LA FUNCIÓN PÚBLICA <https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/>, para reportar si es Persona PEP (Decreto 830 de 2021), Servidor Público con familiares con contratos con el Estado (Directiva Presidencial 001 de 2022) y declarar y publicar su Declaración de Bienes y Rentas y Conflictos de Interés (Ley 2013 de 2019).

**2. INFORMACIÓN FINANCIERA DE LA EMPRESA**

INGRESOS Y EGRESOS		FUENTE DE OTROS INGRESOS
Total Activos: \$ _____	Ingresos mensuales promedio: \$ _____	_____
Total Pasivos: \$ _____	Egresos mensuales promedio: \$ _____	_____
Total Patrimonio: \$ _____	Otros ingresos mensuales promedio: \$ _____	_____

ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES	Realiza Operaciones en Moneda Extranjera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Exportaciones <input type="checkbox"/> Importaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/>	Transferencias <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Productos Financieros en el Exterior <input type="checkbox"/>
--	--	--	---	---

EN CASO DE QUE LA PERSONA QUE ESTA DILIGENCIANDO EL FORMATO Y/O CONTRAPARTE SELECCIONE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR DILIGENCIAR:

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	MONEDA	CIUDAD	PAÍS

**INFORMACIÓN TRIBUTARIA**

RÉGIMEN IVA:	ACTIVIDAD ICA:	
Responsable de IVA <input type="checkbox"/>	TARIFA <input type="checkbox"/>	RETENEDOR ICA <input type="checkbox"/> CIUDAD: _____
No responsable de IVA <input type="checkbox"/>	AUTORETENEDOR <input type="checkbox"/>	GRAN CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/>

**INFORMACIÓN ADICIONAL**
**DATOS DE PERSONA DE CONTACTO**

Nombres y apellidos: _____	Correo electrónico: _____
Teléfono: _____	

**DATOS PARA PAGO A TRAVÉS DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA**

Nombre de Entidad bancaria: _____	
Nombre del titular de la cuenta: _____	
Número de cuenta: _____	TIPO DE CUENTA: <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente

### 3. DECLARACIÓN JURADA, ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN

Yo

Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza que todo lo anteriormente consignado es cierto, realizo la siguiente declaración por el origen de los fondos y bienes a LOTERIA DEL TOLIMA., con el fin de dar cumplimiento a lo señalado en la Ley 590/00 y Ley 526/99, Ley 1121/06, estatuto anticorrupción, y demás normas legales, sobre Prevención, Control y Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo. Declaro Expresamente que:

El origen del dinero o los recursos patrimoniales con los que realizo transacciones comerciales provienen de: \_\_\_\_\_

1. Mi actividad, profesión y oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal Colombiano.
2. La fuente de los fondos en ningún caso involucra contagio con actividades ilícitas propias o de terceras personas, en todos los casos son Fondos Propios, garantizando que no he prestado y no prestaré mi nombre para que terceras personas con recursos obtenidos ilícitamente efectúen operaciones en mi nombre.
3. La información que he suministrado corresponde a la realidad, y autorizo su verificación ante cualquier persona pública o privada sin ninguna limitación, desde ahora y mientras exista una relación comercial con LOTERIA DEL TOLIMA

Eximo a LOTERIA DEL TOLIMA., de toda responsabilidad que se derive de toda información falsa, errónea e inexacta que YO hubiere proporcionado en este documento, o en la violación del mismo.

Si  No

Autorización para el tratamiento de datos personales: manifiesto de manera previa, expresa e informada mi aceptación para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a LOTERIA DEL TOLIMA. para que la misma los trate de conformidad con la ley 1581 de 2012 y demás normatividad reglamentaria y complementaria, de esta manera el tratamiento de los datos personales del PROVEEDOR contempla las siguientes finalidades:

El cumplimiento de obligaciones establecidas en la ley, análisis de riesgos, estadísticos, de control, de supervisión, encuestas, muestreos, verificación y actualización de información. En desarrollo de lo anterior, podrán: almacenar, consultar, procesar, reportar, obtener, actualizar, compilar, tratar, intercambiar, compartir, enviar, modificar, utilizar, eliminar, ofrecer, transferir, transmitir, suministrar, gravar, conservar y divulgar a responsables de tratamientos de bases de datos personales. EL PROVEEDOR contará con los derechos de conocer, actualizar, rectificar y demás consagrados en la ley de protección de datos personales.

Adicionalmente SI  NO  Autorizo el tratamiento de datos personales con las siguientes finalidades: comerciales y de mercadeo.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que diligencia y/o contraparte

\_\_\_\_\_  
Ciudad y fecha

Conforme a la ley 1581 de 2012 y demás Decretos reglamentarios, otorgo mi consentimiento y autorización informada previa y expresa, para que el propietario de este formulario adelante el tratamiento y manejo de mis Datos Personales; mi autorización permite recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular, actualizar y cruzar información con el fin de dar cabal cumplimiento a las obligaciones contraídas. Declaro que soy responsable de la veracidad de los Datos suministrados, que como titular de los Datos me comprometo a actualizar, ratificar y suprimir información en caso que sea necesario. De igual manera autorizo a efectuar los procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico antes mencionados. Así mismo, declaro que he sido informado sobre la responsabilidad de dar adecuado uso a los Datos Personales. Para conocer la Política Para el Tratamiento de Datos o si requiere más información sobre la forma en que se realiza el tratamiento de sus datos personales por favor visite nuestra página web [www.loteriadeltolima.com](http://www.loteriadeltolima.com) o envíenos su mensaje a [juridica@loteriadeltolima.com](mailto:juridica@loteriadeltolima.com)

### 4. REFERENCIA COMERCIAL

Nombre o Razón social	Teléfono fijo	Teléfono celular	Dirección
1			
2			

### 5. REFERENCIA PERSONAL (Representante Legal)

Nombre o Razón social	Teléfono fijo	Teléfono celular	Dirección
1			
2			

HAGO CONSTAR QUE HE LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, POR LO CUAL FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO Y ESTOY DISPUESTO A LA VERIFICACIÓN DEL MISMO. ASÍ MISMO, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA, VERAZ Y VERIFICABLE EN TODAS SUS PARTES

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA O CONTRAPARTE

LOS SEGMENTOS 6 Y 7 SON DE DILIGENCIAMIENTO EXCLUSIVO DE LA LOTERÍA DEL TOLIMA

### 6. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA

<u>Lugar y dirección de la entrevista</u>					En el desarrollo de la entrevista, detectó algo inusual o sospechoso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Conoce personalmente a la contraparte? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Hace cuanto
Fecha entrevista: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ HORA: _____					En caso afirmativo descríbalo		¿Cómo conoció a la contraparte?		
RESULTADO: <input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado									

Nombre entrevistador: \_\_\_\_\_

Cargo del entrevistador: \_\_\_\_\_

Firma del entrevistador: \_\_\_\_\_

### 7. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN (Opcional)

¿Se recibe toda la documentación anexa requerida de acuerdo al procedimiento de Conocimiento de Contrapartes? SI  NO

Fecha Verificación: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ HORA: _____					Nombre de quién verifica: _____				
Observaciones: _____					Cargo del que verifica: _____				
					Firma de quién verifica _____				

Rev.	Fecha	Elaboro	Reviso/ Aprobo	Observaciones y/o Ajustes
0	09/05/2023	Prof Especializado de la Unidad Administrativa	Comité de Calidad	1. Creación del formato en el SIGC