

<b>FECHA:</b>			DÍA    MES    AÑO			<b>NATURALEZA:</b>			PERSONA NATURAL _____ PERSONA JURÍDICA _____				
Diligencie los campos que le correspondan de acuerdo a la naturaleza seleccionada.													
<b>DATOS PERSONA NATURAL</b>													
TIPO DE DOCUMENTO C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> CD. <input type="checkbox"/> No. _____						LUGAR DE EXPEDICIÓN			FECHA DE EXPEDICIÓN		DÍA	MES	AÑO
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE				
DIRECCIÓN DOMICILIO			TELÉFONO DOMICILIO			CIUDAD / MUNICIPIO			DEPARTAMENTO				
CORREO ELECTRÓNICO			TELÉFONO CELULAR			OTRO TELÉFONO / FIJO / FAX			NACIONALIDAD				
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO					DÍA	MES	AÑO	SEXO	ESTADO CIVIL		<input type="checkbox"/> VIUDO	<input type="checkbox"/> CASADO	
										<input type="checkbox"/> SOLTERO	<input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE	<input type="checkbox"/> DIVORCIADO	
ACTIVIDAD ECONÓMICA ASALARIADO <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> ¿OTRO? _____											CÓDIGO (*) CIU		
DETALLE: _____													
MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA. POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN: ¿Maneja recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Tiene reconocimiento público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Ejerce algún grado de poder público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Tiene algún vínculo familiar con alguna persona que cumpla las condiciones anteriores? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>													
<p><b>Personas Expuestas Públicamente (PEP):</b> i) las personas expuestas políticamente-conforme al (Decreto 1674 de 2016); ii) los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 / 2016) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del Estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales y funcionarios importantes de partidos políticos.</p> <p><b>Vinculados:</b> las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.</p>													
<b>DATOS PERSONA JURÍDICA</b>													
RAZÓN SOCIAL:						NIT:			CORREO ELECTRÓNICO:				
INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			
	TIPO DE DOCUMENTO C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> No. _____						LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN			DÍA	MES	AÑO	
	DIRECCIÓN DOMICILIO			TELÉFONO			CIUDAD/MUNICIPIO			DEPARTAMENTO			
TIPO DE EMPRESA PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> SECTOR SOLIDARIO <input type="checkbox"/>				TIPO DE SOCIEDAD: ANÓNIMA <input type="checkbox"/> SOCIEDAD COLECTIVA <input type="checkbox"/> S.A.S <input type="checkbox"/> LIMITADA <input type="checkbox"/> SOC. COMANDITA X ACCIONES <input type="checkbox"/> SOC. COMANDITA SIMPLE <input type="checkbox"/>									
ACTIVIDAD ECONÓMICA INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> SALUD <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN <input type="checkbox"/> SERV. FINANCIEROS <input type="checkbox"/> ¿OTRO? <input type="checkbox"/>													
DETALLE: _____													
DIRECCIÓN EMPRESA OFICINA PRINCIPAL			TELÉFONO/FAX			CIUDAD/MUNICIPIO			DEPARTAMENTO				
DIRECCIÓN SUCURSAL			TELÉFONO/FAX			CIUDAD/MUNICIPIO			DEPARTAMENTO				
PERSONA DE CONTACTO						TELÉFONO CELULAR			TELÉFONO FIJO				
IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 10% DEL CAPITAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIRSE MÁS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN)													
No.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD/NIT					RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO (APELLIDOS Y NOMBRES)					% DE PARTICIPACIÓN		
1.													
2.													
3.													
4.													
5.													
<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>													
INGRESO MENSUAL \$			OTROS INGRESOS MENSUALES \$			TOTAL INGRESOS MENSUALES \$			TOTAL EGRESOS MENSUALES \$				
TOTAL ACTIVOS \$						TOTAL PASIVOS \$							
INDIQUE EL CONCEPTO DE OTROS INGRESOS													
<b>CARACTERÍSTICAS TRIBUTARIAS</b>													
RESPONSABLES DE IVA <input type="checkbox"/>		GRAN CONTRIBUYENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		AUTORRETENEDOR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		RESPONSABLE RENTA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		RESOLUCIÓN No. _____		ICA COD. ACTIVIDAD _____		RETEICA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
NO RESPONSABLES DE IVA <input type="checkbox"/>		RESOLUCIÓN No. _____		RESOLUCIÓN No. _____		¿POR QUÉ? _____		TARIFA ICA _____					
RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		RESOLUCIÓN No. _____		<b>INDIQUE EL TIPO DE TERCERO:</b>				PRESTADOR DE SALUD <input type="checkbox"/>		OTRO TIPO DE TERCERO <input type="checkbox"/>			
<b>DATOS PRESTADOR DE SALUD</b>													
CÓDIGO DE HABILITACIÓN SUPERSALUD* _____ (12 DÍGITOS DE ACUERDO AL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES)													
<p><b>Por favor seleccione el tipo de prestador de salud:</b></p> <input type="checkbox"/> PROFESIONAL INDEPENDIENTE, indique campo y/o especialidad: _____ <input type="checkbox"/> INSTITUCIONES – IPS <input type="checkbox"/> TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES <input type="checkbox"/> EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO <input type="checkbox"/> OTRO, ¿CUÁL? _____													
En caso que aplique, por favor diligencie el nivel de complejidad: <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta													
<b>DATOS OTROS TERCEROS</b>													
<input type="checkbox"/> ARRENDAMIENTO, indique cuál: <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> LOCAL COMERCIAL <input type="checkbox"/> OTRO, ¿CUÁL? _____				<input type="checkbox"/> SUMINISTRO DE ELEMENTOS DE ASEO Y CAFETERÍA				<input type="checkbox"/> SUMINISTRO DE MATERIALES MÉDICO-QUIRÚRGICOS					
<input type="checkbox"/> SUMINISTRO DE PAPELERÍA Y ELEMENTOS DE OFICINA				<input type="checkbox"/> MANTENIMIENTO DE EQUIPOS ELECTRÓNICOS Y/O CÓMPUTO				<input type="checkbox"/> ASESORÍAS, indique cuál: _____					
<input type="checkbox"/> SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS				<input type="checkbox"/> OTRO, indique cuál: _____									
<input type="checkbox"/> MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES FÍSICAS													
<input type="checkbox"/> MANTENIMIENTO DE SOFTWARE Y/O REDES													
<input type="checkbox"/> OUTSOURCING, indique cuál: _____													
<b>DATOS CUENTA BANCARIA PARA TRANSFERENCIA ACH</b>													
ENTIDAD BANCARIA						SUCURSAL			CIUDAD				
TIPO DE CUENTA CUENTA No: _____						NOMBRE DE LA CUENTA			CORREO ELECTRÓNICO				
CORRIENTE <input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/>													

**ACTIVIDAD EN OPERACIÓN INTERNACIONAL**

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI  NO

IMPORTACIONES  EXPORTACIONES  INVERSIONES  TRANSFERENCIA  PRÉSTAMOS EN MON. EXTRA  PAGO DE SERVICIOS

OTRO  DETALLE \_\_\_\_\_

**REFERENCIAS COMERCIALES**

ESTABLECIMIENTO	DIRECCIÓN	TELÉFONO(S)
-----------------	-----------	-------------

**REFERENCIAS PERSONALES**

APELLIDOS Y NOMBRES	DIRECCIÓN	TELÉFONO(S)
APELLIDOS Y NOMBRES	DIRECCIÓN	TELÉFONO(S)

TODOS LOS ESPACIOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN QUEDAR DILIGENCIADOS, POR LO TANTO EN AQUELLOS QUE NO TENGA INFORMACIÓN DEBE ESCRIBIR N.A. El presente documento no compromete a Mutual SER EPS a aceptar lo relacionado en el mismo. Este formulario se realiza únicamente para que se efectúe el conocimiento como tercero, su aprobación y/o aceptación está sujeta al cumplimiento de las políticas establecidas por Mutual SER EPS.

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**

ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio o en representación de \_\_\_\_\_ de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.) \_\_\_\_\_
- La actividad, profesión u oficio que desarrollo es lícito y se ejerce dentro del marco legal, los recursos y/o bienes que poseo y que utilizaré en desarrollo de la vinculación como tercero con Mutual SER EPS no provienen de actividades ilícitas conforme a lo contemplado en el Código Penal Colombiano.
- No admitiré que terceros efectúen depósitos en mi cuenta con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo adicione; ni efectuaré transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
- No me encuentro en ninguna lista de personas reportadas o bloqueadas por actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad. Que a la fecha y según nuestro leal saber y entender, en mi contra no se adelanta ninguna investigación por ninguno de los hechos anteriores.
- Los recursos que se deriven de la vinculación como tercero con Mutual SER EPS no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas y/o actividades terroristas.
- La información suministrada en este formulario es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente o cuando existan modificaciones. El incumplimiento de esta obligación faculta a Mutual SER EPS a revocar o rescindir unilateralmente del contrato o vinculación con justa causa, adicionalmente exonerar a Mutual SER EPS de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se haya suministrado en este documento.

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

- DEFINICIONES:** Por DATOS PERSONALES se hace referencia a cualquiera o todos los datos personales que he entregado, entrego y entregaré a MUTUAL SER EPS para su Tratamiento.
- ALCANCE:** MUTUAL SER EPS en cumplimiento al Decreto 1377 de 2013 y la ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales "Habeas Data" y para asegurar el riesgo en salud de la población afiliada tanto en régimen subsidiado como en régimen contributivo, requiere de información básica personal de sus afiliados, prestadores, proveedores, funcionarios, asociados y otros que será utilizada de manera transparente, lícita, segura, confiable, y únicamente se emplearán para los fines concernientes con nuestro objeto social.
- FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES:** Nuestros DATOS PERSONALES serán tratados por MUTUAL SER EPS, esto es, serán recolectados, almacenados, usados, analizados, circulados, compartidos, transmitidos, suprimidos, o cualquier otro tratamiento que llegue a ser necesario para la siguiente finalidad: Como PRESTADOR y PROVEEDOR para vinculación contractual, pagos por la prestación del servicio, al suministrar información a las autoridades competentes en caso de ser requerida, para el envío de información a través de Email, mensajes de texto (SMS y/o MMS) o de cualquier otro medio de comunicación y/o cambios en la normatividad vigente.
- PERSONAS QUE HARÁN TRATAMIENTO:** Que los DATOS PERSONALES serán tratados de conformidad con las finalidades señaladas por MUTUAL SER EPS como responsable, o por los encargados que ella considere necesarios como terceros vinculados. Los terceros vinculados necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con MUTUAL SER EPS, tales como: talleres, call centers, investigaciones, estudios estadísticos, abogados externos, especialistas de la salud, centros de apoyo logístico y valoración.
- DATOS SENSIBLES:** Declaro que me ha sido informado que la entrega de los Datos Sensibles, como aquellos relativos a la salud y biométricos, son de carácter facultativo, que no he sido obligado a entregarlos, que la finalidad para los que han sido entregados me ha sido debidamente informada, y que hago entrega de ellos para la mejor ejecución del contrato que celebro con MUTUAL SER EPS.
- DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en el Decreto 1377 de 2013. Especialmente tengo derecho a: conocer, consultar, actualizar y rectificar los DATOS PERSONALES; solicitar prueba de la autorización otorgada; ser informado, previa solicitud, respecto del uso que se ha dado a mis DATOS PERSONALES; presentar quejas, reclamos o solicitudes ante las autoridades correspondientes o directamente ante MUTUAL SER EPS; revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales; y acceder en forma gratuita a los DATOS PERSONALES que hayan sido objeto de tratamiento.
- DEBERES DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN:** Manifiesto que todos los datos aquí consignados en la presente autorización son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable; por ello, autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, nacional o extranjera desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial o financiera con MUTUAL SER EPS. De igual forma, me comprometo actualizar o confirmar la información y/o documentación cada vez que lo amerite, o cuando se presente cualquier cambio en la información relacionada con: los datos de contacto, el lugar de residencia fiscal y/o domicilio, dentro de los 20 días siguientes a la fecha en que se produzca dicho cambio.
- POLÍTICAS DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Declaro que me han informado que las Políticas de Tratamiento de Datos Personales de MUTUAL SER EPS se encuentran a mi disposición de forma permanente en la página, [www.mutualser.org](http://www.mutualser.org)
- DATOS DE CONTACTO DEL RESPONSABLE:** El responsable del tratamiento de la información es MUTUAL SER EPS, cuyos datos son los siguientes: Número de Identificación Tributaria (NIT) 806008394-7 Dirección Electrónica: [www.mutualser.org](http://www.mutualser.org), correo electrónico: [protecciondedatos@mutualser.org](mailto:protecciondedatos@mutualser.org) y línea servicio al cliente 018000116882.
- AUTORIZACIÓN:** De manera expresa, previa e informada AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales y sensibles para las finalidades, en los términos que nos fueron informados en este documento y que se suscribe en forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Autorizo el tratamiento de mis datos personales: Sí  NO

**FIRMA Y HUELLA**

NOTA: Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes, firmo el presente documento a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ en la ciudad de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE SOLICITANTE (Escriba el nombre del representante legal)

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y D.I.

\_\_\_\_\_  
HUELLA ÍNDICE DERECHO

NOMBRE COMPLETO DE QUIEN DILIGENCIA EL FORMULARIO: \_\_\_\_\_  
TIPO Y NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: \_\_\_\_\_

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

**ESTE ESPACIO ES DE USO EXCLUSIVO DE MUTUAL SER EPS**

NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO DE MUTUAL SER QUE VERIFICA LOS DATOS: \_\_\_\_\_  
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_  
CARGO: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_  
RESULTADO DE LA VERIFICACIÓN: ADMITIDO:  NO ADMITIDO:   
FIRMA DEL FUNCIONARIO DE MUTUAL SER: \_\_\_\_\_