**La Academia Nacional de Medicina de Colombia**, identificada con **NIT 860021899**, en cumplimiento de su misión científica y compromiso social con el país, ha adoptado, a través de su Junta Directiva, una política de **identificación y gestión de terceros y/o contrapartes**. Esta iniciativa forma parte de la implementación del **Programa de Ética y Transparencia Empresarial**, orientado a prevenir riesgos de **corrupción** y **soborno transnacional**. Con estas acciones, está fundación reafirma su compromiso con los principios de integridad, responsabilidad y buenas prácticas institucionales.

La persona jurídica: ***Ingrese la razón social***, registrada con número de identificación tributaria (NIT): ***Ingrese NIT sin digito de verificación***, con fecha de constitución: ***Seleccione fecha*** , y código de actividad económica: ***Digite código CIIU***, domiciliada en: ***Digite la ciudad***, con dirección fiscal: ***Ingrese la dirección***, y página web: ***Ingrese la dirección web***, como su Representante Legal: ***Ingrese nombres y apellidos completos*** , con número de identificación: ***Digite su número de documento***, tipo de documento: ***Elija opción***, teléfono móvil y fijo: ***Ingrese número de teléfono***, ***Ingrese número de teléfono***, y correo electrónico corporativo: ***Registre su correo electrónico***.

1. Declaró de manera voluntaria que la información a continuación suministrada concuerda con la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de esta, y reconozco la obligación legal de actualización ante cualquier cambio sustancial en la información:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Información tributaria** | **Sí** | **No** | **Información adicional** |
| 1 | ¿Declara de renta en Colombia? |  |  | ***Fecha de su última declaración*** |
| 2 | ¿Declara renta en el extranjero? |  |  | ***Indique el país*** |
| 3 | ¿Es titular de cuentas bancarías en el extranjero? |  |  | ***Indique el país*** |
| 4 | ¿Posee fondos en países denominados paraísos fiscales? |  |  | ***Indique el país*** |
| 5 | ¿Negocia con activos virtuales? Ej: Bitcoin, Ethereum, Monedas Virtuales, entre otro como NTF´s. |  |  | ***Indique el activo virtual*** |
| 6 | ¿Contrata con el Estado colombiano? |  |  | ***Elija una opción*** |
| 7 | ¿Contrata con Estados extranjeros? |  |  | ***Elija una opción*** |
| 8 | ¿Es Representante Legal de una persona jurídica nacional o internacional? |  |  | ***Ingrese el # de NIT o ID de la empresa*** |
| 9 | ¿Pertenece usted a la Junta Directiva de una persona jurídica nacional o internacional? |  |  | ***Ingrese el # de NIT o ID de la empresa*** |
| 10 | ¿Tiene acciones o títulos valores de una persona jurídica nacional o internacional? |  |  | ***Ingrese el # de NIT o ID de la empresa*** |

En adición a lo anterior, esta persona jurídica aplica una tarifa ICA de: ***Ingrese el porcentaje*** , para las ciudades de: ***Digite la ciudad***, con tipo de régimen: ***Seleccione tipo de régimen***, si  no  es autorretenedor de Renta, si no  es gran contribuyente, y de acuerdo con el certificado de existencia y representación legal es una: ***Elija una opción***, la cual realiza transacciones financieras usando el siguiente canal transaccional:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Información financiera** | | | |
| ***Ingrese nombre entidad bancaria*** | ***Elija el tipo de cuenta*** | ***Ingrese el número de cuenta*** | ***Ingrese la sucursal*** |

El único medio de comunicación oficial para gestión de facturas, pagos y depósitos, es el correo de facturación: ***Ingrese correo de facturación***.

Así mismo se informa que la Representación Legal y Beneficiarios finales o reales de la persona Jurídica identificada en la parte superior de este documento, es la siguiente:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Representación Legal** | | | | |
| **N°** | **Nombre (s) y Apellido(s)** | **Tipo de documento** | **Número de Documento** | **Nacionalidad** |
| 1 |  | ***Elija un elemento.*** |  |  |
| 2 |  | ***Elija un elemento.*** |  |  |
| 3 |  | ***Elija un elemento.*** |  |  |
| 4 |  | ***Elija un elemento.*** |  |  |
| 5 |  | ***Elija un elemento.*** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Beneficiarios Finales** | | | | | |
| Especifique la información de los socios, accionistas y/o beneficiarios finales que tengan de forma directa o indirecta, el cinco por ciento (5%) o más del capital social, aporte o participación dentro de la sociedad. En caso de que los socios, accionistas y/o beneficiarios finales sean personas Jurídicas nacionales o extrajeras, se hace necesario desglosar hasta llegar a la persona natural. De requerirse más espacios, por favor, adjunte una relación adicional con toda la información de este ítem debidamente firmada por el Representante Legal y/o Revisor Fiscal. Esta Información debe coincidir con el formulario 2687 de la DIAN - Formulario de Beneficiarios finales -, o adjunte este último formulario. | | | | | |
| **N°** | **Nombre (s) y Apellido(s)** | **Tipo de documento** | **Número de Documento** | **Nacionalidad** | **% Participación** |
| 1 |  | ***Elija un elemento.*** |  |  |  |
| 2 |  | ***Elija un elemento.*** |  |  |  |
| 3 |  | ***Elija un elemento.*** |  |  |  |
| 4 |  | ***Elija un elemento.*** |  |  |  |
| 5 |  | ***Elija un elemento.*** |  |  |  |

2. Expreso que de acuerdo con la **definición** el sistema de **nomenclatura**, **clasificación** y demás características del Decreto 830 de 2021(verificar enlace:<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=167367>), las personas naturales informadas en la sección de Representación Legal y Beneficiarios Finales Sí  No  son personas políticamente expuesta, actualmente o durante los últimos dos (2) años.

3. Manifiesto que los fondos provenientes de mis actividades como: ***Ingrese su profesión, oficio o actividad empresarial***, sus medios de pagos y transacciones son de origen lícito, propios, y no provienen ni facilitarán actividades ilícitas de terceros. No he prestado ni prestaré mi nombre y/o productos financieros para transacciones con recursos ilegales. Me comprometo a no permitir depósitos en mis cuentas relacionados con actividades ilícitas. Garantizo el cumplimiento de mis obligaciones tributarias, aduaneras y cambiarias.

4. Como ***Elija una opción.***: declaro que no he incurrido en actos de corrupción o soborno transaccional, y me comprometo a cumplir con el Código de Ética y las políticas del Programa de Transparencia y Ética Empresarial de la Academia Nacional de Medicina. Conozco y acepto los canales de reporte para denunciar hechos reales o potenciales que afecten la ética organizacional, disponibles en <https://anmdecolombia.org.co/>.

5. Autorizo de manera previa, expresa e informada **a La Academia Nacional de Medicina**, identificada con NIT 860021899, con domicilio en la ciudad de Bogotá, en la dirección Cra. 7ª # 69-11., dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas que las complementen, modifiquen o sustituyan, para que recolecte, almacene, use, circule y suprima mis datos personales conforme a lo establecido en su Política de Tratamiento de Datos Personales la cual puede consultar en <https://anmdecolombia.org.co/>. Así mismo, autorizo expresamente la verificación y consulta de mis datos en listas **restrictivas y vinculantes**, como parte de los procedimientos de debida diligencia, gestión de riesgos LA/FT y obligaciones del Programa de Transparencia y Ética Empresarial – PTEE. La finalidad del tratamiento, dependiendo de la relación con la Academia Nacional de Medicina será:

Miembro de la junta directiva y empleados: selección, vinculación y administración de la relación laboral, incluyendo la afiliación al sistema de seguridad social, el pago de salarios y prestaciones, la ejecución de programas de formación y bienestar, controles de acceso a las instalaciones, desarrollo de las actividades correspondientes al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Académicos: Para los académicos, la información personal, será utilizada para la gestión de admisión como miembro de la academia, así como para la gestión y coordinación de reuniones, el envío de avisos importantes, la difusión de información relevante sobre eventos, actividades institucionales y publicaciones en revistas, página web, etc.

Proveedores y contratistas, la información personal será tratada con el fin de verificar su idoneidad, gestionar la vinculación contractual, hacer seguimiento a la ejecución de los contratos, realizar pagos, expedir certificaciones, cumplir obligaciones contables y fiscales, controlar el acceso a las instalaciones o sistemas, y aplicar protocolos de seguridad

Clientes, la finalidad del tratamiento de sus datos es gestionar la vinculación contractual, hacer seguimiento a la ejecución de los contratos de arrendamiento, cumplir obligaciones contables y fiscales

Adicionalmente, los datos personales podrán ser utilizados para el cumplimiento del objeto social de la Academia Nacional de Medicina, siempre que dicho tratamiento se encuentre enmarcado dentro de las finalidades legítimas, proporcionales y compatibles con la relación que el titular mantiene con la organización.

Como titular de los datos personales, reconozco que tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos, así como a revocar esta autorización en los casos permitidos por la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada a la Academia Nacional de Medicina. Para ello, podré comunicarme a través de del correo electrónico habilitado por la entidad: [secgeneral@anmcolombia.org.co,](mailto:secgeneral@anmcolombia.org.co) así como el derecho a presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la presente ley y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

Esta autorización permanecerá vigente mientras se mantenga la relación con la entidad o mientras sea necesario para las finalidades descritas, y siempre que no medie revocatoria.

En constancia de lo anterior, acepto mi vinculación como: Institución afiliada a la Academia Nacional de Medicina, este documento es firmado el: ***Pulse para escribir una fecha.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Firma.

**Control de Cambios**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Versión** | **Fecha** | **Elaborado** | **Revisado** | **Aprobado** |
| 01 | 31-Jul-2025 | Encargado de cumplimiento Responsable Protección de Datos | Dirección Administrativa | Presidencia |
| **Descripción del cambio.**  Se crea el formato FT-PTEE-05 | | | | |