**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.

Yo: ***Ingrese nombres y apellidos completos*** , con número de identificación: ***Digite su número de documento***, tipo de documento: ***Elija opción***, fecha de nacimiento: ***Elija opción***., con domicilio en el país: ***Ingrese su país de residencia***, en la ciudad de: ***Ingrese su ciudad de domicilio***, con dirección: ***Digite su dirección de residencia***, teléfono móvil y fijo: ***Ingrese número de teléfono***, ***Ingrese número de teléfono*** , y correo electrónico: ***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*** |

Registre la siguiente información, solamente si la relación entre la Academia Nacional de Medicina y usted es comercial y/o contractual donde sea necesario realizar transacciones financieras y/o bancarias (pagos, depósitos, donaciones y demás), entre las partes.

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

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>), Sí [ ]  No [ ]  soy una persona 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, 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: ***Elija una opción*** 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 cumplimientoResponsable Protección de Datos | Dirección Administrativa | Presidencia |
| **Descripción del cambio.** Se crea el formato FT-PTEE-06 |