

(Este formato debe diligenciarse en cumplimiento al Sistema de Administración del Riesgo del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo)

Ciudad y Fecha:	Vinculación <input type="checkbox"/>	Actualización <input type="checkbox"/>	
Tipo de Vinculación	Cliente <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Tercero Asistencial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual: _____		

INFORMACIÓN GENERAL

Razón social o Nombre:		Nit/Cédula:		Fecha de Constitución o de Nacimiento:	
Tipo de empresa: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta		Nombre del Gerente o Administrador:			
		Notaría N°:	Escritura N°:	Ciudad/País:	
Dirección:		Ciudad/Departamento	Teléfono	Fax	E-mail
Nombre Contacto:		Cargo:			Teléfono:
Descripción de Actividad Económica (Origen de Fondos):					
Ingresos mensuales	Egresos mensuales	Total activos	Total Pasivos	Nro. de Empleados	
Operaciones internacionales	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Importaciones <input type="checkbox"/>	Exportaciones <input type="checkbox"/>	
Materia Prima o Bienes y Servicios Suministrados:					

CONDICIONES DE PAGO

Transferencia de Fondos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Entidad Bancaria:		Código Banco:	
	Nro. Cuenta:	Tipo Cuenta:	Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	
Condiciones Comerciales	Plazo (en Dias):	Descuentos (%):		

REPRESENTANTE LEGAL

Nombres y Apellidos				Cédula
Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax	E-mail

ACCIONISTAS CON PARTICIPACIÓN ACCIONARIA O CAPITAL SOCIAL DIRECTA O INDIRECTA DE MÁS DEL 5% O MAS

Nombres y Apellidos	% Participación Accionaria	Cédula	Cargo	Teléfono

REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre				NIT.	
Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax	E-mail	
Nombre				NIT.	
Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax	E-mail	

REFERENCIAS BANCARIAS

Nombre				NIT.	
Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax	E-mail	
Nombre				NIT.	
Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax	E-mail	

ANEXOS A ENTREGAR CON ESTE FORMATO

<input type="checkbox"/> RUT	<input type="checkbox"/> Copia de la Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Balance Gral y Estado Resultados (último año)
<input type="checkbox"/> Certificado Existencia y Represent. Legal	<input type="checkbox"/> Declaración de Renta (última)	<input type="checkbox"/> Certificaciones Bancarias

Declaro expresamente y de manera voluntaria que: (I) La información aquí consignada es veraz. (ii) Los recursos provienen solo de actividades lícitas, (iii) me acojo a las normas que la CLÍNICA EL ROSARIO implemente sobre Lavado de Activos y Financiación de Terrorismo, a sus modificaciones y/o adiciones. (iv) Entiendo y acepto que la CLÍNICA EL ROSARIO puede proceder a la cancelación del contrato aquí celebrado por el incumplimiento de lo anteriormente descrito y/o por la información errónea, falsa o inexacta que yo hubiera proporcionado en este documento. (v). Me comprometo a actualizar anualmente la información que a bien se tenga.

Firma Contraparte o Representante Legal	Huella (índice dcho)	Espacio Reservado para Clínica El Rosario Aprobado por: _____ Oficial de Cumplimiento _____ Firma del Oficial de Cumplimiento	Se verificó en listas: SI _____ NO _____ _____ Fecha de aprobación
---	----------------------	--	---