



FORMULARIO ÚNICO DE VINCULACIÓN / ACTUALIZACIÓN SARLAFT

Versión:
3

Publicación:
2021-11-12

Código:
AGE-GAF-Ft-15

(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"/> ¿Cuál?		

INFORMACIÓN GENERAL

Razón social o Nombre:		Nit/Cédula:	Fecha de Constitución o de Nacimiento:	
Tipo de empresa: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>		Nombre del Gerente o Administrador:		
Dirección:		Notaría N°:	Escritura N°:	Ciudad/País:
Nombre Contacto:		Ciudad/Departamento:	Teléfono:	Fax:
Descripción de Actividad Económica (Origen de Fondos):		E-mail:		
Ingresos mensuales:		Cargo:	Teléfono:	
Egresos mensuales:		Descripción de Actividad Económica (Origen de Fondos):		
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:				

INFORMACIÓN CONDICIONES DE PAGO

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

INFORMACIÓN 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%

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 PARA ENTREGAR CON ESTE FORMATO

RUT __	Copia Cédula de Ciudadanía __	Balance General y Estado de Resultados (Último año) _
Certificado Existencia y Rep. Legal __	Declaración de Renta (Último año) _	Certificaciones Bancarias (inferior a 30 días) _

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.

Huella (índice derecho) <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 10px auto;"></div> Firma Contraparte o Representante Legal	Espacio Reservado para Clínica El Rosario Nombre: _____ Oficial de Cumplimiento	Se Verificó en Listas: SI ___ NO ___ Proceso Aprobado: SI ___ NO ___
	Firma Oficial de Cumplimiento	Fecha de Revisión