

	FORMATO DE VINCULACION DE CLIENTES	CODIGO GI - F - 2.29	Version 1
		FECHA DE CREACION	
		DIA	MES
I. DATOS GENERALES			
NOMBRE/ RAZÓN SOCIAL		PERSONA NATURAL	PERSONA JURÍDICA
RAZON COMERCIAL:			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C NIT No.		E-MAIL:	
DIRECCIÓN:		BARRIO:	CIUDAD:
DEPARTAMENTO:	TELÉFONO/PBX:	FAX:	
NOMBRE DE CONTACTO:		CELULAR:	
II. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL			
REPRESENTANTE LEGAL:		TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC. C.E No.
TELÉFONO/PBX:	CELULAR	E-MAIL:	
III. SOCIOS Y/O ACCIONISTAS			
Certifico que los asociados, accionistas o socios que tienen mas del cinco (5%) de participación en el capital social de la entidad que represento son las personas naturales o jurídicas que aparecen en la siguiente relación:			
NOMBRE DEL ACCIONISTA, SOCIO O ACCIONISTA		TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No. IDENTIFICACIÓN
IV. DOCUMENTOS REQUERIDOS			
LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS AL CLIENTE SIN NINGUN TIPO DE EXCEPCION SON :			
PERSONA NATURAL		PERSONA JURÍDICA	
1. FOTOCOPIA DEL RUT COMPLETO 2. FOTOCOPIA DE LA CÉDULA 3. CERTIFICACION BANCARIA		1. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL 4. CERTIFICACION BANCARIA 2. FOTOCOPIA DEL RUT COMPLETO 3. FOTOCOPIA DE LA CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
V. PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE (PEP) (SOLO DILIGENCIAR POR PERSONAS NATURALES)			
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	SI	NO	
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	SI	NO	
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general?	SI	NO	
Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	SI	NO	
Indique:			
VI. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES			
Realiza transacciones en moneda extranjera? SI NO			
Importaciones	Exportaciones	Inversiones	Préstamos Envío o recepción de giros Transferencias
Pago de servicios Otra: Indique cual:			
VII. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS			
Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes y a los procedimientos de la Entidad sobre el Sistema de Autogestión de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones. 1. Declaro (amos) que los recursos o bienes que utilizaremos en desarrollo de nuestros negocios con CLINICA LAS LAJAS, provienen de actividades lícitas, de conformidad con las leyes vigentes. 2. Que no admitiré (mos) que terceros efectúen depósitos en mis (nuestras) cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano en cualquier otra norma que lo adicione; ni efectuaré (mos) transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. 3. Que todas las actividades e ingresos que percibo (imos) provienen de negocios lícitos. 4. Que no me (nos) encuentro (encontramos) en ninguna lista de personas reportadas o bloqueados 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 (nuestra) contra no se adelanta ninguna investigación por ninguno de los hechos anteriores. 5. Las garantías y aseveraciones aquí contenidas estarán vigentes mientras nosotros tengamos negocios con CLINICA LAS LAJAS Autorizo (amos) a resolver cualquier acuerdo, beneficio, subsidio, negocio o contrato celebrado con CLINICA LAS LAJAS., sus accionistas y directores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo (nosotros) hubiéremos proporcionado.			
Los datos aquí consignados obedecen a la realidad, y declaro (amos) haber leído, entendido y aceptado libremente el presente documento. En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior firmo el presente documento.			
FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL Y SELLO DE LA EMPRESA			
ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR CLINICA LAS LAJAS			
Resultado de verificación de datos:			
BASE DE DATOS PERSONALES			
La información anteriormente descrita, se encuentra exenta del régimen de protección de datos personales, conforme al artículo 2, literal b de la ley 1581 de 2012			
NOMBRE COMPLETO DE QUIEN VERIFICÓ:		FECHA:	HORA: