

	<b>FORMATO DE VINCULACION DE CLIENTES</b>	<b>CODIGO</b> GI - F - 2.29	<b>Version</b> 1
		<b>FECHA DE CREACION</b>	
		<b>DIA</b>	<b>MES</b>
<b>I. DATOS GENERALES</b>			
<b>NOMBRE/ RAZÓN SOCIAL</b>		<b>PERSONA NATURAL</b> <b>PERSONA JURÍDICA</b>	
<b>RAZON COMERCIAL:</b>			
<b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN:</b> C.C      NIT      No.		<b>E-MAIL:</b>	
<b>DIRECCIÓN:</b>		<b>BARRIO:</b>	<b>CIUDAD:</b>
<b>DEPARTAMENTO:</b>	<b>TELÉFONO/PBX:</b>	<b>FAX:</b>	
<b>NOMBRE DE CONTACTO:</b>		<b>CELULAR:</b>	
<b>II. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL</b>			
<b>REPRESENTANTE LEGAL:</b>		<b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b> CC.    C.E    No.	
<b>TELÉFONO/PBX:</b>	<b>CELULAR</b>	<b>E-MAIL:</b>	
<b>III. SOCIOS Y/O ACCIONISTAS</b>			
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:			
<b>NOMBRE DEL ACCIONISTA, SOCIO O ACCIONISTA</b>	<b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>	<b>No. IDENTIFICACIÓN</b>	
<b>IV. DOCUMENTOS REQUERIDOS</b>			
LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS AL CLIENTE SIN NINGUN TIPO DE EXCEPCION SON :			
<b>PERSONA NATURAL</b>		<b>PERSONA JURÍDICA</b>	
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	
<b>V. PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE (PEP) (SOLO DILIGENCIAR POR PERSONAS NATURALES)</b>			
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:			
<b>VI. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES</b>			
Realiza transacciones en moneda extranjera? SI      NO			
Importaciones	Exportaciones	Inversiones	Préstamos
Pago de servicios	Otra:	Indique cual:	
Envío o recepción de giros	Transferencias		
<b>VII. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS</b>			
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) hubieremos 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.			
<b>FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL Y SELLO DE LA EMPRESA</b>			
<b>ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR CLINICA LAS LAJAS</b>			
<b>Resultado de verificación de datos:</b>			
<b>BASE DE DATOS PERSONALES</b>			
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			
<b>NOMBRE COMPLETO DE QUIEN VERIFICÓ:</b>		<b>FECHA:</b>	<b>HORA:</b>