



FORMATO DE VINCULACION PROVEEDORES

CODIGO Gl - F - 2.32.	Version 1
--------------------------	--------------

FECHA DE CREACIÓN

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

I. DATOS GENERALES

NOMBRE/ RAZÓN SOCIAL		PERSONA NATURAL	
		PERSONA JURÍDICA	
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 veinte (20%) de participación en el capital social de la entidad que represento son las personas naturales o juridicas que aparecen en la siguiente relación:

NOMBRE DEL ACCIONISTA, SOCIO O ACCIONISTA	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	No. IDENTIFICACIÓN

IV. INFORMACIÓN GENERAL DEL NEGOCIO

ACTIVIDAD COMERCIAL:	CODIGO CIU:					
LÍNEA A LA QUE PERTENECE EL PROVEEDOR:	GRAN CONTRIBUYENTE: SI NO					
RÉGIMEN: RESPONSABLE DE IVA	NO RESPONSABLE DE IVA	TIPO DE CRÉDITO	CONTADO 8 DÍAS	30 DÍAS	45 DÍAS	50% ANT/50% ENTREGA
POSEE CERTIFICACIONES DE CALIDAD:	SI	CUÁL?	NO			

V. DOCUMENTOS QUE SE ADJUTAN

PERSONA NATURAL	PERSONA JURÍDICA
1. FOTOCOPIA DEL RUT COMPLETO	1. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL
2. FOTOCOPIA DE LA CÉDULA	2. FOTOCOPIA DEL RUT COMPLETO
3. CERTIFICACION BANCARIA	3. FOTOCOPIA DE LA CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL
4. CERTIFICACION BANCARIA	

VII. 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:

VIII. 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:			

IX. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes y a los procedimientos de la Compañía 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.

BASE DE DATOS PERSONALES

La informacion anteriormente descrita, se encuentra excenta del regimen de proteccion de datos personales, conforme al articulo 2, literal b de la ley 1581 de 2012

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL Y SELLO
ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR CLINICA LAS LAJAS

Resultado de verificación de datos:		
NOMBRE COMPLETO DE QUIEN VERIFICÓ:	FECHA:	HORA: