



**FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO
SARLAFT**

Código: FTO-SAF-SLT-01

Versión: 1

Fecha: 11/04/2017

Fecha de Diligenciamiento			Cliente / Usuario <input type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Tipo de Solicitud Miembro de Junta Directiva <input type="checkbox"/>															
<table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr><td>D</td><td>MM</td><td>AAA</td></tr> <tr><td>D</td><td>A</td><td></td></tr> </table>		D	MM	AAA	D	A		Ciudad		Dirección								
D	MM	AAA																
D	A																	
			Vinculación <input type="checkbox"/>		Actualización <input type="checkbox"/>													
I. INFORMACIÓN GENERAL																		
Persona natural																		
Nombres y apellidos			Tipo documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>		N° Identificación													
Lugar de Expedición		Fecha de Expedición		Fecha de Nacimiento														
		<table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr><td>D</td><td>MM</td><td>AAA</td></tr> <tr><td>D</td><td>A</td><td></td></tr> </table>		D	MM	AAA	D	A		<table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr><td>D</td><td>MM</td><td>AAA</td></tr> <tr><td>D</td><td>A</td><td></td></tr> </table>		D	MM	AAA	D	A		Lugar de Nacimiento
D	MM	AAA																
D	A																	
D	MM	AAA																
D	A																	
Dirección Residencia			Teléfono		Celular													
Profesión			Ocupación															
¿Administra recursos públicos?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene reconocimiento público?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>													
¿Tiene algún vínculo con una persona considerada PEP? (Persona Públicamente Expuesta)		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Está sujeto a obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>													
Si se respuesta fue afirmativa, indique por qué:																		
Persona jurídica																		
Razón social			NIT		Correo Electrónico													
Tipo de sociedad: Anónima <input type="checkbox"/> S.A.S. <input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál?																		
Tipo de empresa: Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/> Con ánimo de lucro <input type="checkbox"/>																		
Actividad económica principal																		
Comercial <input type="checkbox"/> Agropecuaria <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Transportes <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Minera <input type="checkbox"/> Financiero <input type="checkbox"/>					¿Cuál?													
					Código CIU													
Descripción de la actividad económica																		
Dirección oficina principal			Teléfono		Fax													
					Ciudad													
Dirección agencia o sucursal			Teléfono		Fax													
					Ciudad													
Representante legal																		
Nombres y apellidos			Tipo documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>															
N° Identificación		Lugar de expedición		Fecha de nacimiento														
				<table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr><td>D</td><td>MM</td><td>AAA</td></tr> <tr><td>D</td><td>A</td><td></td></tr> </table>		D	MM	AAA	D	A								
D	MM	AAA																
D	A																	
Dirección residencia			Teléfono		Celular													
					Ciudad													
RELACIÓN DE ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)																		
Razón Social y/o Nombres y Apellidos		Tipo de documento		N° Documento														
				% de Participación														



**FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO
SARLAFT**

Código: FTO-SAF-SLT-01

Versión: 1

Fecha: 11/04/2017

II. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total activos	Total pasivos
Ingresos mensuales	Egresos mensuales
Otros ingresos <small>(Diferentes a su actividad económica principal)</small>	Patrimonio

Información financiera a corte de:

D	MM	AAAA
D		

III. INFORMACIÓN BANCARIA

Tiene referencias financieras	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/>	Banco	Sucursal	Teléfono
Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/>	Banco	Sucursal	Teléfono

IV. REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre	Teléfono	Dirección	Ciudad
Nombre	Teléfono	Dirección	Ciudad

V. OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo de transacciones			
	Importaciones <input type="checkbox"/>	Exportaciones <input type="checkbox"/>	Inversiones <input type="checkbox"/>	Préstamos <input type="checkbox"/> Pago de servicios <input type="checkbox"/> Transferencias <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>

Productos financieros en moneda extranjera

Tipo de producto	No. de producto	Banco	Monto	Ciudad	País	Moneda

VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
- La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- De manera irrevocable autorizo a la ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo C., para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Eximimos a la ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo C., su representante legal y/o funcionarios, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

VII. DECLARACIONES ADICIONALES

- ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo? Sí NO
- La Entidad o alguno de sus accionista han sido incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton? Sí NO
- Si es persona natural ha sido incluido en listas inhibitorias como la lista Clinton? Sí NO

VIII. FIRMA Y HUELLA



**FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO
SARLAFT**

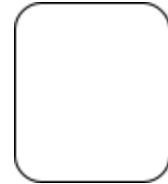
Código: FTO-SAF-SLT-01

Versión: 1

Fecha: 11/04/2017

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

Firma
(Persona natural, si es persona jurídica firma del Representante Legal)



Huella

Fecha diligenciamiento del formulario

D	MM	AAAA
D		

Nombre del funcionario o persona que lo diligencia:

Firma

Tipo documento: C.C. C.E. PAS

N° Identificación:

Lugar de Expedición: