



**FORMATO**  
**CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS -SARLAFT**

**CÓDIGO: RF-FR-1**  
**VERSIÓN: 1**  
**FECHA: ENERO DE 2018**  
**PAGINA: 1 de 2**

Ciudad y Fecha				Tipo de solicitud:	Nuevo	Actualización
Clase de vinculación con la clínica	Trabajador	Proveedor	Accionista			

**1. PERSONA NATURAL**

Apellidos:				Nombres:				
Lugar nacimiento:	Nacionalidad:				Ocupación u oficio:			
Dirección residencia:				Ciudad:			Telefono:	
Ingresos mensuales:				Egresos mensuales:				
Activos (pesos):				Pasivos(pesos):				
Patrimonio (pesos):				Otros ing. (pesos):				
Concepto otros ingresos:								

**2. PERSONA JURIDICA**

Nombre /razon social:							
Tipo de empresa:	Pública	Prlvada	Mixta	CIU			
Tipo de contribuyente	Reg. Comun	Reg simplificado	Grandes contribuyentes	otras			
Fecha constituc en camara de comercio				Correo electrónico empresarial:			
Dirección oficina principal:				Municipio:			Telefono:
Sucursal o agencia:				Municipio:			Telefono:
Representante legal:							
Fecha nacimiento	Dcto identificación:	Ced. Ciudadania	Ced, Extranj.	Otro	N°:		

**IDENTIFICACION ASOCIADOS O ACCIONISTAS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DE PARTICIPACION INDIVIDUALMENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS	ID	NUMERO ID	Administra recursos publicos		Ejerce algun grado de poder publico		Goza de reconocimiento		Declara renta en otros paises? Cuales?
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	

Ingresos mensuales:				Egresos mensuales:			
Activos (pesos):				Pasivos(pesos):			
Patrimonio (pesos)				Otros ing. (pesos):			
Concepto otros ingresos:							

**3. PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS**

MANEJA RECURSOS PUBLICOS?	SI	NO
EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO	SI	NO
GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL	SI	NO
EXISTE ALGUN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PUBLUICAMENTE EXPUESTA	SI	NO
ES UD SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTROS PAISES	SI	NO

**4. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS**

**DECLARO EXPRESAMENTE QUE:**

Tanto mi actividad, profesion u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas (CPC)

La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente

Los recursos que se deriven de esta relación con la Clínica Tolima o contratación no serán destinados a la financiación de grupos o actividades terroristas

Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle o actividad, profesión u oficio)

## 5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza operaciones en moneda extranjera? Si  No  Importaciones  Exportaciones  Inversiones  Transferencias  Otra

Indique otras operaciones

Posee cuentas en moneda extranjera? Si  No

Posee productos financieros en el exterior

Tipo producto	Num. del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

## 6. DECLARACION DE NO ENCONTRARSE EN LISTAS NACIONALES O INTERNACIONALES PARA E CONTROL DE L.A / F.T.

Con la suscripción de este formato declaro que no me encuentro en ninguna lista establecida a nivel nacional o internacional para el control de LA o FT; así mismo me responsabilizo ante la Clínica Tolima S.A. porque mis empleados, accionistas, miembros de Junta directiva o junta de socios, representante legal y revisor fiscal, tampoco se encuentran en dichas listas y me comprometo a actualizar anualmente la información o en un plazo menor en caso de que ocurran cambios en la información suministrada

## 7. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Con la suscripción de este documento autorizo a la Clínica Tolima a:

1. Revelar mi información personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia como la UIAF o la Fiscalía.

2. Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el L.A. y F.T.

Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones a mi cargo, objeto de este contrato, no provienen ni provendrán de actividades ilícitas tales como narcotráfico, terrorismo y/o financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres. Así mismo se obliga con la Clínica Tolima a implementar las medidas tendientes a evitar que sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades en virtud de esto, el cliente autoriza a ser consultado en base de datos.

La Clínica Tolima podrá terminar de manera unilateral e inmediata el contrato, cuando el cliente, sus socios o sus accionistas y/o sus administradores llegaren a ser:

1. Vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y financiación del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional.

2. Sea incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera.

3. Sea condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de delitos de igual o similar naturaleza a los indicados en esta cláusula.

El suscriptor de este documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño a la Clínica Tolima S.A por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra la Clínica Tolima por parte del suscriptor de las obligaciones que le apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como cualquier reclamo judicial, extrajudicial y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra de la Clínica Tolima S.A por o con ocasión de dicho incumplimiento. De igual manera el Cliente se compromete a dar las explicaciones a que hubiere lugar originadas por el mencionado incumplimiento a la Clínica Tolima S.A y a los terceros que este le indique.

## 8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Fotocopia de documento de identidad de la persona natural o RUT para persona jurídica

2. Fotocopia del documento de identidad del representante legal

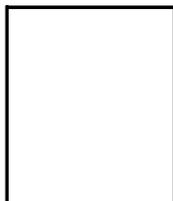
3. Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a 30 días para personas jurídicas

## 9. FIRMA Y HUELLA

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información suministrada es exacta en todo y firmo el presente documento

Firma \_\_\_\_\_

Huella



### ESPACIO RESERVADO PARA LA CLÍNICA TOLIMA S.A

Recopilo la información

Verifica la información

Verificado en listas: (nombrelas)