

FECHA DILIGENCIAMIENTO		CIUDAD		TIPO SOLICITUD	
-------------------------------	--	---------------	--	-----------------------	--

Por favor señale el tipo de relación comercial que tiene o va a tener con la Clínica Santa cruz de la Loma

CLASE DE VINCULACIÓN	Proveedor	Cliente	Medico staff	Otro
-----------------------------	-----------	---------	--------------	------

INFORMACION BASICA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		Tipo id		Numero	
Fecha de Nacimiento (aplica para persona natural)		Lugar de nacimiento			
Ocupación, oficio o profesión (aplica para persona natural)		Actividad económica		Cod CIUI	
Dirección principal		Departamento		Ciudad	
Teléfono fijo		Celular		Email	

INFORMACIÓN COMERCIAL

Clase de Sociedad:	Anonima	SAS	Limitada	Otra: Cual?			
Tipo de empresa:	Privada	Pública	Mixta	Inversión extranjera	Correo Fact electronica ?		
Tipo de Naturaleza:	Persona Natural	Persona Jurídica	Régimen:	Simplificado	Común	Gran Contribuyente	Autoretenedor

REPRESENTANTE LEGAL (aplica para persona jurídica)

Primer apellido		Segundo apellido		Nombres			
Tipo doc		Número		Fecha de expedición		Lugar de expedición	
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento		Nacionalidad			
Email		Dirección de residencia		Ciudad			
Departamento		País		Teléfono		Celular	

¿Alguno de los administradores (representante legales, miembros de la junta directiva?, es una persona Públicamente expuesta? Ver definición de PPE en el pie de página.

SI NO Si la respuesta es afirmativa, diligencie la sección para el conocimiento mejorado de personas públicamente expuestas.

¿Por su cargo o actividad, alguno de los administradores (Representante legal, miembros de Junta directiva) administra recursos Públicos?

SI NO

ACCIONISTAS (aplica para persona jurídica)

Instrucciones de diligenciamiento: 1) Por favor relacione los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, aporte o participación para el conocimiento ampliado de Accionistas y Beneficiarios Finales, y suministre esta información para todos los accionistas/asociados indirectos que cumplan esta condición hasta relacionar la persona natural que ejerce control final sobre la entidad. (En caso de requerir mas espacio debe anexar una relación por separado. 2) Si alguno de los accionistas o asociados (personas naturales) es una Persona Expuesta Públicamente , sírvase diligenciar la sección correspondiente (abajo dispuesta)

TIPO ID	NÚMERO ID	NOMBRE	% PARTICIPACIÓN	¿Es persona públicamente expuesta?

Conocimiento mejorado de Personas Expuestas Públicamente

En cumplimiento del Decreto 1674, se relacionan los siguientes campos en caso de ser considerado como persona políticamente expuesta o vinculado:

Vínculo o relación *	Nombre	Tipo de Id	No de Identificación	Nacionalidad	Entidad	cargo	Fecha de Desvinculación

*Vínculo/ relación

1. Representante legal, 2.Miembros de junta directiva

INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
PASIVOS		PATRIMONIO		Otros Ingresos	
Concepto de otros ingresos				Fecha de corte de la información financiera	

DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS

De manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración en cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa No.009 de Abril de modificada por Circular externa 20211700000055 **Declaro expresamente que:**

1. Los recursos financieros, mi actividad, profesión u oficio como contraparte de Clínica Santa cruz de la Loma SA son lícitos y provienen de las siguientes fuentes: _____ actividad que no se encuentra dentro de las contempladas en el Código Penal Colombiano como, ilícita.

2.No admitiré que terceros efectúen depósitos a nombre mío, con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

3. Autorizo a Clinica Santa Cruz de la Loma SA a verificar mi información en las listas vinculantes, o en las que considere pertinente como mecanismo de debida diligencia, de acuerdo a lo establecido en el numeral 5.2.2.2.1 para el conocimiento de clientes y usuarios de la circular Externa 09 de la SUPERSALUD.

4. La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la sociedad se compromete a actualizarla anualmente

5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

6. En el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento eximiendo a Clinica Santa Cruz de la Loma SA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA		SI		NO	CUAL		INDIQUE OTRAS OPERACIONES	
¿Posee productos financieros en el exterior?		SI		NO			¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRAJERA?	SI ____ NO ____

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NUMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	MONEDA	CIUDAD	PAIS

INFORMACIÓN COMERCIAL

REFERENCIAS COMERCIALES

NOMBRE	CIUDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO

REFERENCIAS BANCARIAS

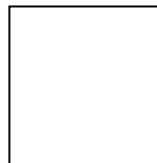
BANCO	No. DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	SUCURSAL	SUCURSAL	TELEFONO

AUTORIZACIÓN CUENTA BANCARIA PARA TRANSFERENCIA

Autorizamos a Clinica Santa Cruz de la Loma SA a consignar en nuestra cuenta descrita a continuación los valores correspondientes al pago de nuestras facturas. Los datos aquí suministrados corresponden en forma EXACTA a los registrados en el banco.

Nombre del beneficiario de la cuenta:		No. de Cuenta:	
Entidad Financiera:		Tipo de Cuenta: Ahorro Corriente	Moneda de la cuenta:
Dirección Entidad Financiera:		Sucursal:	Ciudad: País:

Certifico que toda la información consignada en el presente formulario es exacta y autorizo a Clinica Santa Cruz de la Loma SA para su verificación.



FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL

Huella Índice derecho

NOMBRE Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO QUE DILIGENCIA EL FORMULARIO:		N° Doc Identidad:	
--	--	-------------------	--

USO EXCLUSIVO CLINICA SANTA CRUZ DE LA LOMA SA VERIFICACIÓN DE REFERENCIAS PARA CONOCIMIENTO DE CLIENTES Y/O CONTRAPARTES

	Referencia Comercial No. 1	Referencia Comercial No. 2	Referencia Comercial No. 3
Nombre de la empresa			
NIT:			
Tiempo de relación comercial			
Que calificación da a la relación comercial con el proveedor: Excelente, buena, regular, mala			
Hable con			
Fecha de verificación			

CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACION

FECHA DE VERIFICACIÓN:		DIA		MES		AÑO		HORA		FIRMA
NOMBRE QUIEN VERIFICA								CARGO DE		
OBSERVACIONES										