



## FUNDACIÓN OFTALMOLOGIA DE SANTANDER CLINICA FOSCAL VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN CLIENTES Y/O CONTRAPARTES "SARLAFT"

Fecha de diligenciamiento

DIA	MES	AÑO

### INFORMACIÓN GENERAL

Nombres, apellidos o Razón Social:					
Tipo de identificación:	CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	NIT <input type="checkbox"/>	OTRA: Cual ? _____	No de Identificación: _____
Lugar y fecha de Nacimiento (aplica para persona natural)					
Ocupación, oficio o profesión (aplica para persona natural)					
Dirección:					
País/Dpto/Ciudad:					
Teléfono:				e-mail:	
Nombre del Representante Legal:					
Tipo de identificación:	CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	NIT <input type="checkbox"/>	OTRA: Cual ? _____	No de Identificación: _____
Dirección y telefono de residencia:					

### INFORMACIÓN COMERCIAL

Clase de Sociedad:	Anonima <input type="checkbox"/>	SAS <input type="checkbox"/>	Limitada <input type="checkbox"/>	Otra: Cual? _____	
Tipo de empresa:	Privada <input type="checkbox"/>	Publica <input type="checkbox"/>	Mixta <input type="checkbox"/>	Inversión extranjera <input type="checkbox"/>	Otra: Cual ? _____
Código CIU / Actividad Económica:					
Tipo de Naturaleza:	Persona Natural <input type="checkbox"/>	Persona Juridica <input type="checkbox"/>			
Regimen:	Simplificado <input type="checkbox"/>	Comun <input type="checkbox"/>	Gran Contribuyente <input type="checkbox"/>	Autoretenedor <input type="checkbox"/>	

### REFERENCIAS COMERCIALES

NOMBRE	CIUDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO

### 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 2016 expedida por la Superintendencia de salud, Ley 190 de 1995 "Estatuto Anticorrupción" y demás normas legales concordantes.

**Declaro expresamente que:**

1, Los recursos financieros, mi actividad, profesión u oficio, son lícitos y provienen de las siguientes fuentes:

---

---

2. Declaración cliente/usuario de si tiene o no la condición de Persona Expuesta Públicamente (PEP):

¿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\_\_\_

3. ¿Realiza Operaciones Internacionales? Si\_\_\_ No\_\_\_ Señale el tipo de operación:

Importaciones  Inversiones  Transferencias  Envío y/o recepción de Giros   
Exportaciones  Prestamos  Pago de servicios  Otra: \_\_\_\_\_

4. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, así mismo que el destino de mis recursos no van dirigido a promover o apoyar financieramente ninguna actividad ilícita, grupo delincencial o terrorista.

5. Manifiesto que no permitiré 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.

6. Expreso que no me encuentro vinculado en las listas restrictivas tales como Naciones Unidas (NU) y la OFAC (Office of Foreign Assets Control), y no estoy inmerso en una investigación penal con formulación de acusación con relación al lavado de activos y/o financiación de terrorismo.

7. Conforme con lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentren contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control de lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requerirá de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.

