

	FORMATO			CODIGO:	FT-DE-002
	VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE CLIENTES, USUARIOS Y/O PROVEEDORES - SARLAFT			VERSIÓN:	6
				FECHA DE EMISIÓN:	05/07/2019 dd/mm/aaaa
CIUDAD Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	VALOR DE TRANSACCION	TIPO CONTRIBUYENTE	CODIGO DE ACTIVIDAD ECONOMICA ANTE LA DIAN (4 DIGITOS)		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CLIENTE, USUARIO O PROVEEDOR			IDENTIFICACION		TELEFONO
			<input type="checkbox"/> CÉDULA <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> CE		
NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			DV <input type="text"/>
<small>(Cédula de ciudadanía, Cédula de Extranjería, Carné Diplomático, Pasaporte o NIT)</small>					
DIRECCION	TELÉFONOS	CIUDAD	E-MAIL		
CONTACTO COMERCIAL con CLINICA DE MARLY S.A. (Proveedores-Clientes)	E-MAIL	DIRECCION OFICINA	TELEFONO		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL(PJ)	IDENTIFICACION	DIRECCION OFICINA	TELEFONO		
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO CLIENTE, USUARIO, PROVEEDOR (PERSONA NATURAL)		DIRECCION RESIDENCIA	TELEFONO		
OCUPACIÓN, OFICIO O PROFESIÓN	DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS				
¿ESPECIFICAR SI MANEJA RECURSOS PÚBLICOS Y/U OSTENTA ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO Y/O GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? (Declaración de si tiene o no la condición de Persona Políticamente Expuesta (PEP). ¿Es servidor público?).					SI NO
¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES? (Señale el tipo de operación: Importaciones____, exportaciones____, inversiones____, prestamos____, envío y/o recepción de giros____, pago de servicios____, transferencias entre otras____).					SI NO
PARA PERSONAS JURIDICAS					
TIPO DE SOCIEDAD	NÚMERO DE MATRICULA MERCANTIL	ACTIVIDAD	FECHA DE CONSTITUCION		
SOCIOS		VIGENCIA DE LA SOCIEDAD			
OBJETO SOCIAL					
INFORMACION DE CUENTA BANCARIA AUTORIZADA PARA PAGOS Y/O GIROS					
NOMBRE DEL BANCO	SUCURSAL (Direccion y teléfono)		CUENTA NÚMERO	ANTIGÜEDAD	
REFERENCIAS COMERCIALES					
NOMBRE DE LA EMPRESA	DIRECCION	TELEFONO	ANTIGÜEDAD		
DESCRIPCION DE LOS ARTICULOS O SERVICIOS OFRECIDOS					
DETALLE:					
AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES:					
<p>1.SARLAFT: Con la suscripción de este documento usted declara bajo la gravedad de juramento que sus recursos proceden de actividades lícitas y no provienen, ni se destinan a ninguna de las actividades ilícitas que se contemplan en el Código Penal Colombiano. Usted entiende y asume el compromiso que tiene de no realizar actividades que puedan involucrarlo en lavado de activos o financiación del terrorismo. Usted autoriza a la LA CLÍNICA DE MARLY S.A. a efectuar las verificaciones que considere pertinentes en las diferentes fuentes de consulta existentes para efectos del SARLAFT, así como a solicitar las aclaraciones que estime pertinentes en el evento en que se presenten circunstancias con base en las cuales pueda tener dudas razonables sobre sus operaciones o el origen de sus activos. Adicionalmente usted se compromete a actualizar anualmente, y cuando se lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por LA CLÍNICA DE MARLY S.A..</p> <p>2. Habeas Data: LA CLÍNICA DE MARLY S.A., en cumplimiento de la ley 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, el decreto 1377, por medio del cual se reglamenta parcialmente la ley 1581 y de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que se encuentra en la página web: www.marly.com.co, solicita su autorización para recolectar, almacenar, procesar y eliminar los datos que han sido suministrados. LA CLÍNICA DE MARLY S.A. le ha informado su derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar o suprimir sus datos, enviando una comunicación escrita al correo: protecciondedatos@clinicademarly.com.co.</p>					
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL / PERSONA NATURAL		IDENTIFICACIÓN	FIRMA Y HUELLA		