BelloSalud
Cobranza y Administración de la Salud

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL SARLAFT

Código: FO GF-10.01
Versión: 1
Fecha Actualización: abril 2018

FECHA DIA 04 MES 01 AÑO 2023

En el evento en que el potencial cliente no cuente con la información solicitada en este formulario, deberá consignar dicha circunstancia en el espacio correspondiente

CLASE DE VINCULACIÓN: FUNCIONARIO [ ] CONTRATISTA [ ] PROVEEDOR [ ] MIEMBRO DE JUNTA DIRECTIVA [ ]
OTRA [ ] CUAL

1. PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES

C.C. [ ] C.E. [ ] T.I [ ] R.C [ ] OTRO [ ] Nº: | FECHA DE EXPEDICIÓN DIA MES AÑO | LUGAR | FECHA NACIMIENTO DIA MES AÑO

NACIONALIDAD | OCUPACION/OFICIO: | PROFESIÓN: | DEPENDIENTE | ASALARIADO

ESTUDIANTE [ ] AMA DE CASA [ ] | PENSIONADO [ ] | ACTIVIDAD ECONOMICA | CIIU

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA | AREA | CARGO

CIUDAD | DIRECCION | TELEFONO | FAX

DIRECCION DE RESIDENCIA | CIUDAD

TELEFONO | CELULAR | CORREO ELECTRONICO

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? SI [ ] NO [ ] | POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO SI [ ] NO [ ]

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENE SI [ ] NO [ ]

SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE:

INGRESOS MENSUALES
EGRESOS MENSUALES
OTROS INGRESOS

ACTIVOS $
PASIVOS $
CONCEPTO OTROS INGRESOS

2. PERSONA JURÍDICA

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL: Sevemac S.A.S | NIT: 901359495-2

REPRESENTANTE LEGAL: PRIMER APELLIDO: Loza | SEGUNDO APELLIDO: Serna | NOMBRES: Jose Isidro

C.C. X C.E [ ] NUMERO 3915227 | LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION: Sabaneta 24 agosto de 1986

DATOS OFICINA PRINCIPAL DIRECCION: Carrera 39 # 66-34 | CIUDAD: Medellin | TELEFONO: 2813497 | FAX

DATOS SUCURSAL O AGENCIA DIRECCION | CIUDAD | TELEFONO | FAX

TIPO DE EMPRESA: PUBLICA [ ] PRIVADA [X] MIXTA [ ]

ACTIVIDAD ECONOMICA: INDUSTRIAL [ ] COMERCIAL [ ] TRANSPORTE [ ] CONSTRUCCION [ ] AGRICOL [ ] CIVIL [ ]
SERVICIOS FINANCIEROS OTRA [ ] CUAL: | CIIU

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN

(EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXARSE LA RELACIÓN):

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO IDENTIFICACION	NUMERO
	C.C [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]	
	C.C [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]	
	C.C [ ] C.E [ ] T.I [ ] NIT [ ]	
	C.C [ ] C.E [ ] T.I. [ ] NIT [ ]	
	C.C [ ] C.E [ ] T.I [ ] NIT [ ]	

INGRESOS MENSUALES: 5'000.000
EGRESOS MENSUALES: 3'000.000
OTROS INGRESOS: 0

ACTIVOS $: 30'000.000
PASIVOS $: 0
CONCEPTO OTROS INGRESOS

3. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA O PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR: SI [ ] NO [X] | IMPORTACIONES [ ] | EXPORTACIONES [X] | INVERSIONES [ ] | TRANSFERENCIAS [ ]
OTRA ____ INDIQUE CUAL ____

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

4. PERSONAS PEP's

CONTESTE POR FAVOR SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Por su cargo maneja recursos públicos?	NO	¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	NO
¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general?	NO	¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	NO
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	NO		

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

Escaneado con CamScanner

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): de la Realizacion de la Actividad Principal
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código penal colombiano
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. Autorizo a las entidades aseguradoras, sociedades de capitalización e intermediarios de seguros, para que con los fines estadísticos y de información entre compañías y entre éstas y las autoridades competentes, consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra autoridad autorizada, la información derivada del presente contrato de seguros o de cualquier otro vínculo contractual y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la Aseguradora o se le otorgue en el futuro, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato el cual el Tomador y/o Asegurado declara conocer y aceptar en todas sus partes.
Cláusula para Apoderados: Certifico que toda la información suministrada y de la cual no soy titular ha sido obtenida de acuerdo con los parámetros establecidos legalmente.
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. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

HUELLA

8. INFORMACION ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA

FECHA DE LA ENTREVISTA — DIA / MES / AÑO — HORA

RESULTADO: Aceptado ☐ Rechazado ☐

OBSERVACIONES

NOMBRE INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE

FIRMA INTERMEDIARIO Y/O ASESOR RESPONSABLE

9. VERIFICACION DE INFORMACION

FECHA VERIFICACIÓN — DIA / MES / AÑO — HORA

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN VERIFICA

FIRMA

OBSERVACIONES

Escaneado con CamScanner