

INFORMACION FINANCIERA									
Total Activos \$			Total Pasivos \$			Patrimonio \$			
Ingresos Mensuales \$			Egresos Mensuales \$			Otros Ingresos \$			
Concepto de Otros ingresos					Información Financiera a Corte de:				
INFORMACION BANCARIA									
Tipo de Cuenta		Entidad Financiera			Sucursal			Teléfono	
Corriente	Ahorros								
REFERENCIAS COMERCIALES									
Razón Social o Nombres y Apellidos			Teléfono		Dirección			Ciudad	
OPERACIONES INTERNACIONALES									
¿Realiza Negocios en Moneda Extranjera?		Tipo de transacciones							
		Importaciones	Exportaciones	Inversiones	Préstamos	Pago de Servicios	Transferencias	Otros	
SI	NO	¿Cuál?							
Productos Financieros en Moneda Extranjera									
Tipo de Producto		No. de Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda		
DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS									
Declaro expresamente que:									
1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):									
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.									
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.									
4. De manera irrevocable autorizo a CLINICA DEL CESAR S.A., para: solicitar consultar, procesar, suministrar, y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.									
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.									
6. Eximimos a CLINICA DEL CESAR S.A., sus representantes legales y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.									
AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y/O IMÁGENES CAPTADAS POR SISTEMA DE VIDEO VIGILANCIA									
De manera expresa AUTORIZO, para que CLINICA DEL CESAR S.A. actúe como responsable del tratamiento de mis datos personales y/o imágenes captadas por su sistema de video vigilancia de los cuales soy titular en los términos de la ley estatutaria 1581 de 2012; el tratamiento de mis datos y/o imágenes personales por parte de la compañía, será en general las propias del desarrollo de su objeto social y en especial para los fines legales y contractuales existentes entre las partes.									
DECLARACIONES ADICIONALES									
1. ¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?								SI	NO
2. ¿La entidad o alguno de sus accionistas o asociados han sido incluidos en lista inhibitorias como la lista Clinton?								SI	NO
3. ¿Si es persona natural ha sido incluido en listas inhibitorias como la lista Clinton?								SI	NO
FIRMA Y HUELLA									
Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:									
_____ Firma (Persona natural o Representante Legal si es persona jurídica)								 Huella	
DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURIDICA									
Nombre de la persona que lo diligencia				Tipo de documento			Número de identificación		
				CC	CE	PAS			
Lugar de Expedición				Firma					