



Fondo de Empleados Clínica SOMA

Nit: 811.035.635-1

CONOCIMIENTO BENEFICIARIO FINAL
PERSONA NATURAL Y/O JURIDICA
(Transacciones a terceros- Venta de Bienes- Entrega de recursos en dación de pago)

Fecha de diligenciamiento

Día

Mes

Año

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO CON EL CUAL SE RELACIONA EL BENEFICIARIO FINAL

Nombre Completo	Tipo de identificación	Número Identificación
	C.C <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN BENEFICIARIO FINAL

Nombres Beneficiario Final	Tipo de identificación	Número Identificación
	C.C <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	
Numero Cuenta Bancaria	Entidad Financiera	Tipo de Cuenta
Dirección del domicilio	Ciudad del domicilio	Departamento del domicilio
Celular	Teléfono Fijo	Tipo de relación que tiene con el asociado?
Adjunta Certificado cuenta Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Adjunta Documento Identidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tiene usted contrataciones con el estado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Usted o algun miembro de su familia maneja recursos publicos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Quienes?
Usted o algun miembro de su familia goza de reconocimiento público?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Quienes?
Usted o algun mimbros de su familia tiene cargos públicos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Quienes? Que cargo?

Firma Asociado y/o Proveedor	Firma Oficial de Cumplimiento
------------------------------	-------------------------------