



Formulario Conozca a su Cliente y Contraparte

Compañía Farmacéutica S.A. de C.V. reconoce el firme compromiso con el cumplimiento integral de las normativas legales vigentes. Por ello, se compromete en la aplicación de las buenas prácticas de "Conozca a su Cliente y Contraparte", de acuerdo con los Arts. 9-B, 10 literal A, Romano I y II de la Ley Contra el Lavado de Dinero y de Activos, y el Art. 4 del Reglamento de la Ley.

Fecha de generación Vigencia: dic-23
2024-04-23 09:52:55 Versión: 1

A. Información Persona Natural - Representante Legal

| | | | |
|------------------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| Tipo de persona Persona Natural | Nombre Prueba Prueba | Fecha de nacimiento 2024-04-12 | Nacionalidad Prueba |
| País El Salvador | Departamento Chalatenango | Municipio Azacualpa | Profesión u oficio Prueba |
| Tipo de documento DUI | Número de documento Prueba | Fecha de vencimiento 2024-04-17 | Teléfono Prueba |
| Actividad económica Campo vacío | Correo electrónico Prueba@gmail.com | Registro NRC Prueba | Fecha de nombramiento Campo vacío |
| Dirección Prueba | | | |

Declaración jurada de origen de fondos

a) Todos los fondos, transferencias, depósitos, productos o servicios que entreguemos tendrán un origen lícito, y por ende, no estarán relacionados con los delitos de lavado de dinero y activos, financiamiento al terrorismo, descritos en el artículo 6 de la Ley Contra el Lavado de Dinero y de Activos, y ningún otro tipo de delito o actividad ilícita. Se permitirá cualquier procedimiento de investigación por parte de la COMPAÑÍA FARMACÉUTICA S.A. de C.V. y/o las autoridades correspondientes.

b) Manifiesto que el pago de los productos y servicios tiene origen en la actividad económica a la que me dedico, y el monto proyectado de productos, compras o facturación mensual será el siguiente.

Monto proyectado mensual
1000

c) Declaro bajo juramento, por derecho propio, que someto todos los actos que realice a través de cualquier operación que implique recepción, entrega o transferencia de fondos de cualquier tipo de depósito, bajo cualquier modalidad con la COMPAÑÍA FARMACÉUTICA S.A. de C.V., a sus condiciones contractuales y reglamentarias. Me comprometo a que todos los valores que entregue o reciba tendrán un origen y un destino que de ninguna manera estarán relacionados con los delitos generados de lavado de dinero y de activos descritos en la Ley Contra el Lavado de Dinero y de Activos, ni a ningún tipo de actividad ilícita. Asimismo, me declaro en la disposición de permitir cualquier procedimiento de investigación por parte de las autoridades correspondientes y eximo a COMPAÑÍA FARMACÉUTICA S.A. de C.V., de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este formulario.

D. Información de Personas Expuestas Políticamente - PEP's

¿Usted, o algún socio, accionista, miembro, administrador o director, desempeña o ha desempeñado algún cargo como funcionario público en el país o en el extranjero?.

Su respuesta: NO

¿Tiene usted o algún miembro, funcionario o administrador algún familiar, hasta el 2do grado de consanguinidad y afinidad, que desempeñe algún cargo público y que posea el 10% o más del capital accionario de su empresa?.

Su respuesta: NO

IV. Declaración Jurada

Yo el Suscrito, declaro bajo juramento que la información proporcionada en el presente Formulario es veraz y fidedigna en mi condición de Persona Expuesta Políticamente de conformidad a lo establecido en el Art. 9-B de la Ley contra el Lavado de Dinero y Activos, por lo cual estoy dispuesto a suministrar la información requerida por las Políticas internas de la COMPAÑIA FARMACEUTICA S.A. de C.V.

Firma/sellos Persona Natural o Representante Legal: _____