



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
2024-04-01 08:19:41 Versión: 1

A. Información Persona Natural - Representante Legal

Tipo Cliente	Tipo de persona Persona natural	Nombre Campo vacío	Fecha de nacimiento Campo vacío
Nacionalidad Campo vacío	País Campo vacío	Departamento Campo vacío	Municipio Campo vacío
Profesión u oficio Campo vacío	Tipo de documento Campo vacío	Número de documento Campo vacío	Fecha de vencimiento Campo vacío
Actividad económica Campo vacío	Teléfono Campo vacío	Correo electrónico Campo vacío	Registro NRC Campo vacío
Fecha de nombramiento Campo vacío		Dirección Campo vacío	

B. Información Persona Jurídica

Nombre comercial Campo vacío	Tipo de contribuyente Campo vacío	Nacionalidad Campo vacío	Número de NIT Campo vacío
Actividad económica Campo vacío	Fecha de constitución Campo vacío	Número de registro NRC Campo vacío	País Campo vacío
Departamento Campo vacío	Municipio Campo vacío	Sitio web Campo vacío	Número de FAX Campo vacío
Teléfono Campo vacío		Dirección Campo vacío	

C. Información de la Administración, sus Accionistas o Miembros

Nombre completo Campo vacío	Nacionalidad Campo vacío	No. Identidad Campo vacío	Porcentaje de participación Campo vacío
Nombre completo Campo vacío	Nacionalidad Campo vacío	No. Identidad Campo vacío	Cargo Campo vacío

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

Campo vacío

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

I. Identificación general del titular

Nombre

Campo vacío

Nombre del cargo

Campo vacío

Fecha de nombramiento

Campo vacío

Período de nombramiento

Campo vacío

País donde ejerce/ejerció el Departamento
cargo

Campo vacío

Campo vacío

Municipio

Campo vacío

Nombre del cliente /
proveedor Directo

Campo vacío

País donde ejerce/ejerció el cargo

Campo vacío

Porcentaje de participación

Campo vacío

II. Información de Parientes y Asociados Comerciales o de Negocios

Nombre completo

Campo vacío

Parentesco

Campo vacío

Nombre completo

Campo vacío

Porcentaje de participación

Campo vacío

III. Fuentes de ingresos.

Fuentes de ingresos

Campo vacío

Monto aproximado de ingresos mensuales

Campo vacío

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: _____