



**FORMULARIO
INFORMACIÓN DE CONOCIMIENTO DEL
CLIENTE (PERSONA JURIDICA)**

CÓDIGO:	DIR - FMT - FJ
VERSIÓN:	1.0
FECHA:	29/07/2016

1. DATOS GENERALES

Razón Social: _____ Sigla: _____
 Tipo de identificación: NIT: SED/Sin Nit: F.C; Número _____ D.V. _____ Fecha de constitución: DD ___ MM ___ AAAA: _____
 Tipo de empresa: Privada: Pública: Mixta: Subtipo de empresa _____ Tipo de sociedad / Entidad: _____

2. DATOS LOCALIZACION

Dirección oficina principal o sede: _____ Barrio: _____
 País: _____ Dpto./Estado: _____ Ciudad: _____
 Teléfono: _____ FAX: _____ E-mail: _____ SITIO WEB: _____

3. DATOS TRIBUTARIOS

Catalogación Fiscal: Gran contribuyente: Pequeño contribuyente No aplica Tipo de retenciones: Sujeto a retenciones: Sujeto a Reten:
 Exento de Reten: Responsable IVA: Común: No responsable IVA: Tipo de Auto retención: Otros Conceptos:
 Rendimientos Financieros: Ambos:

4. REPRESENTANTE LEGAL

Apellidos y Nombres _____ Tipo de identificación: CC: CE: NIT: PE: No _____ DV: _____
 Fecha de expedición: DD ___ MM ___ AAAA: _____ Lugar de Expedición: _____
 Dirección del representante legal (donde ejerce sus funciones): _____ Teléfono: _____ Cargo: _____ Profesión: _____

5. PERSONAS AUTORIZADAS (DEBEN DILIGENCIAR FORMULARIO CONOCIMIENTO PERSONA NATURAL)

Apellidos y Nombres:	Identificación

6. SOCIOS / Accionistas (participación legal o igual al 5%)

Apellidos y Nombres:	Identificación	% Participación	PPE*

7. PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS (PPE)

¿Usted, la empresa o sus socios o accionistas manejan recursos públicos?	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>
¿Usted a alguno de los socios o accionistas detentan algún grado de poder público?	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>
¿Usted o alguno de los Socios o accionistas gozan de reconocimiento público?	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>

8. FUNCIONARIOS DE LA EMPRESA

Presidente / Gerente General:	E-mail:
Gerente Financiero:	E-mail:
Tesorero:	E-mail:
Contador:	E-mail:
Revisor Fiscal:	E-mail:
Gerente de Recursos Humanos:	E-mail:



FORMULARIO INFORMACIÓN DE CONOCIMIENTO
DEL CLIENTE (PERSONA JURIDICA)

CÓDIGO: DIR - FMT - FJ
VERSIÓN: 1.0
FECHA: 29/07/2016

9. REFERENCIAS

FINANCIERA				COMERCIAL			
Nombre de la entidad:				Nombre del establecimiento:			
Clase de producto o No. De cuenta:				Dirección:			
Pais:	Dpto/Estado	Ciudad:	Teléfono:	Pais:	Dpto/Estado	Ciudad:	Teléfono:

9. INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos Mensuales:	Total Egresos:
Otros Ingresos:	Total Pasivos:
Originados en la actividad diferente a la principal :	Total Patrimonio:
Total Ingresos mensuales:	Explique Otros Ingresos:
Total Activos:	
Manejo Recursos Públicos	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>

11. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza operaciones en moneda extranjera? SI: NO: Tipo de Transacción: Importación: Exportación: Inversiones: Prestamo:
Otros:

Tipo de producto	Identificación o Número del Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

12. CONTROL DE DOCUMENTOS (Guía de documentos a entregar)

- Original de certificado de existencia legal con vigencia no superior a 30 días, expedido por la cámara de comercio a la entidad competente.
- Fotocopia del RUT.
- Fotocopia del Documento de Identidad del Representante Legal.
- Fotocopia del documento de identidad de los representantes autorizados.
- Copia del documento consorcial (Consortio o Unión Temporal).
- Estados financieros certificados o dictaminados del último ejercicio o la última fecha de corte disponible.
- Certificado sobre políticas del conocimiento del cliente y mecanismos de control de lavado de Activos (cuando el solicitante realice una actividad económica sujeta al mencionado control.)
- Lista de los accionistas o asociados que tengan directamente mas del 5% del capital social, aportes o participación.
- Declaración de renta del último año gravable disponible (En los casos que aplique).
- Certificado de Existencia y Representación Legal, expedido por el ente regulador en el exterior (Para entidades extranjeras).
- Acta de Posesión del Representante Legal y de las personas autorizadas para realizar operaciones (para entidad estatal).
- Documento Opcional "Especifique cuál"



FORMULARIO
INFORMACIÓN DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
(PERSONA JURIDICA)

CÓDIGO:	DIR - FMT - FJ
VERSIÓN:	1.0
FECHA:	29/07/2016

13. ESPACIO USO EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD

13,1 RESULTADOS DE LA ENTREVISTA

Fecha de la entrevista	Lugar/dirección donde realiza la entrevista	Nombre y cargo a quien realiza la entrevista
DD: ____ MM: ____ AAAA: ____		

Resultado de la entrevista:

¿Administra Recursos Públicos? SI: NO: ¿Ejerce algún grado de influencia pública SI NO

Nombre del funcionario que realiza la vinculación:	Firma:
----------------------------------------------------	--------

14. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Nombre del funcionario responsable de verificar la información:	Firma:
-----------------------------------------------------------------	--------

Cargo: _____ Fecha DD: ____ MM: ____ AAAA: ____

Resultado de la verificación

Datos del funcionario que entrevista, Vincula, confirma y actualiza la información::	Firma:
--------------------------------------------------------------------------------------	--------

Cargo: _____



**FORMULARIO
INFORMACIÓN DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
(PERSONA JURIDICA)**

CÓDIGO:	DIR - FMT - FJ
VERSIÓN:	1.0
FECHA:	29/07/2016

15. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE FONDOS

En nombre propio y en mi calidad de representante legal de _____, de manera voluntaria y expresando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a la entidad, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a la normatividad legal vigente establecida por la SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, el estatuto del sistema financiero (Decreto 663 de 1993), Ley 190 de 1995 "Estatutos Anticorrupción" y demás normas legales concordantes con la apertura y el manejo de operaciones financieras:

1. Los recursos que entrego, deposito y/o administro provienen de las siguientes fuentes: (Detalle de la Actividad, negocio, etc..)

2. Declaro que los recursos que administro no provienen de ninguna actividad ilícita.

3. Declaro que no admitiré que terceros efectúen pagos en nombre de la entidad, ni depósitos en sus cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas .

4. Declaro que el país de procedencia de los recursos administrativos es: _____

16. AUTORIZACIONES

1. Autorizo terminar cualquier relación contractual que mantenga la entidad que represento con la Administradora Colombiana de Pensiones—Colpensiones, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este formulario, o cuando no actualice oportunamente los datos contenidos en el mismo por cambios en la información reportada o por solicitud de la entidad, eximiendo a la Administradora Colombiana de Pensiones—Colpensiones, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado. En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento en el espacio destinado para tal fin.

2. Autorizo de manera expresa e irrevocable a la Administradora Colombiana de Pensiones—Colpensiones, a reportar, procesar, solicitar, y divulgar a la Central de Información –CIFIN– que administra la asociación bancaria y de entidades financieras de Colombia, o cualquier entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente al comportamiento de mi representada como cliente de la Empresa. La autorización se acoge en un todo al reglamento de la Central de Información del Sector Financiero –CIFIN– o a los reglamentos de cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines y a la normatividad vigente sobre bases de datos.

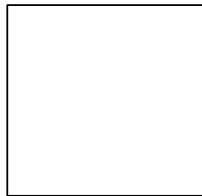
3. Así mismo, autorizo a la Administradora Colombiana de Pensiones—Colpensiones, para consultar ante la central de información del sector Financiero –CIFIN– o ante cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, el endeudamiento directo o indirecto de la entidad que represento con las instituciones de crédito del país, así como la Información disponible sobre el cumplimiento o manejo dado a sus compromisos y obligaciones.

4. Autorizó a la Administradora Colombiana de Pensiones— Colpensiones para que grave en cintas magnetofónicas o cualquier otro medio idóneo para el almacenamiento de información, las conversaciones telefónicas o la trasmisión de órdenes o acuerdos de negocios que surjan en desarrollo de las operaciones celebradas entre los representantes de la entidad y la Administradora Colombiana de Pensiones— Colpensiones.

5. Dichas grabaciones solamente pueden ser empleadas como medio de prueba de las obligaciones contraídas y los acuerdos celebrados entre las partes. Su utilización con fines distintos o la divulgación a terceras personas requiere de autorización expresa por nuestra parte. Entiendo y acepto que la correcta utilización por parte de la Administradora Colombiana de Pensiones— Colpensiones, de la autorización de aquí se le confiere, no viola los derechos constitucionales o legales de quien suscribe el presente formulario.

17. DECLARACIÓN

Declaro bajo mi responsabilidad que la información consignada en este formato es veraz y podrá ser confirmada por la Administradora Colombiana de Pensiones— Colpensiones, y me comprometo a actualizar esta información anualmente y a entregar los documentos soportes requeridos.



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO