



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

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

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos completos: _____

Tipo de identificación: C CE N Número _____ Fecha de expedición: DD __ MM __ AAAA _____

Expedida en: _____ Fecha de nacimiento: DD __ MM __ AAAA: _____ Ciudad _____ Nacionalidad: _____

Datos básicos del conyuge:

Nombres: _____ Identificación: _____ Teléfono: _____

2. DATOS LOCALIZACIÓN

Dirección de residencia: _____ Barrio: _____ CP* _____

Ciudad: _____ Teléfono residencia: _____ Celular: _____

Dirección oficina: _____ Ciudad: _____

CP*: _____ Teléfono oficina: _____ FAX: _____ Correo electrónico: _____

*Código Postal: Puede ser consultado en La Red Postal de Colombia o en <http://www.4-72.com.co>

Envío de correspondencia:

Residenc Oficin A No _____ Otro ¿Cuál? _____

3. ACTIVIDAD ECONÓMICA

Asalariado: Independiente: Rentista: Socio: Pensionado: ¿Declara renta?: Si: No: Cód actividad "CIUU": _____

Regimen tributario: Común: Simplificado: Ninguno: Tipo de retención: Sujeto de retención: Retención especial:

Empresa donde trabaja: _____ Cargo: _____

Dirección de la empresa: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

4. REFERENCIAS

FINANCIERA				PERSONAL			
Nombre de la entidad:				Nombre:			
Clase de producto o No. De				Dirección:			
Pais:	Dpto/Estado:	Ciudad:	Teléfono:	Pais:	Dpto/Estado:	Ciudad:	Teléfono:

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos Mensuales:		Egresos Mensuales:		Balance	
Por actividad principal:	\$ _____	Cuota Hipoteca/Arriendo:	\$ _____	Total Activos:	\$ _____
*Otros ingresos	\$ _____	Cuota vehiculos:	\$ _____	Total Pasivos	\$ _____
Total Ingresos mensuales:	\$ _____	Gastos sostenimiento:	\$ _____	Total Patrimonio	\$ _____
Explique otros ingresos:		Otros:	\$ _____		
		Total egresos mensuales:	\$ _____		

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

Apellidos y Nombres:	Identificación	% Participación	PPE*

7. PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS (PPE)

¿Usted, su cónyuge o un pariente dentro del 3° grado de consanguinidad manejan recursos públicos? SI: NO:

¿Usted, su cónyuge o un pariente dentro del 3° grado de consanguinidad detentan algún grado de poder público? SI: NO:

¿Usted o alguno de los Socios o accionistas gozan de reconocimiento público? SI: NO:

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

11. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza operaciones en moneda extranjera? SI: NO:

Tipo de Transacciones que normalmente realiza:

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| Importaciones: <input type="checkbox"/> | Pago de servicios: <input type="checkbox"/> | Otras: <input type="checkbox"/> |
| Transferencias: <input type="checkbox"/> | Inversiones en moneda extranjera: <input type="checkbox"/> | Cuales: <input type="checkbox"/> |
| Exportaciones: <input type="checkbox"/> | Préstamos en moneda extranjera: <input type="checkbox"/> | |
| Cambio de divisas: <input type="checkbox"/> | Ingresos por donaciones: <input type="checkbox"/> | |

Tiene cuentas o productos en moneda extranjera? SI: NO:

PRODUCTOS FINANCIEROS EN MONEDA EXTRANJERA

Tipo de operaciones: _____	Tipo de operaciones: _____
Identificación del producto: _____	Identificación del producto: _____
Entidad: _____	Entidad: _____
País: _____ Ciudad: _____	País: _____ Ciudad: _____
Moneda: _____ Monto: _____	Moneda: _____ Monto: _____

8. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

En nombre propio, 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

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 es: _____.

9. 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 – CIFI– 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 –CIFI– 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 –CIFI– 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.

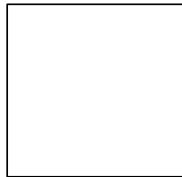
4. Autorizó a la Administradora Colombiana de Pensiones— Colpensiones para que grave en cintas magnetofónicas o cualquier otro medio idóneo para el almacenamiento de información, las conversaciones telefónicas o la transmisión de órdenes o acuerdos de negocios que surjan en desarrollo de las operaciones 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 de mi 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.

10. DECLARACIONES

Declaro bajo mi responsabilidad que la información consignada en este formato es veraz y podrá ser confirmada por la Administradora Colombiana de Pensiones—

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL



HUELLA DACTILAR

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

