



FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
PERSONAS JURIDICAS - SARLAFT

RELACION				TIPO DE SOLICITUD		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		
BANCO	ACREEDOR	PAGADURIA SECTOR PUBLICO	ASOCIADO MICROEMPRESA	INGRESO		AÑO	MES	DIA
PROVEEDOR	INVERSIONISTA	PAGADURIA SECTOR PRIVADO	OTRAS ESAL	ACTUALIZACION				

INFORMACIÓN EMPRESA

RAZON SOCIAL				NIT:		TIPO DE EMPRESA			
						Privada <input type="checkbox"/> Publica <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>			
FECHA DE CONSTITUCION	AÑO	MES	DIA	CIUDAD CONSTITUCION	PAIS CONSTITUCION	TELEFONO	CELULAR	EXTENSION	
DIRECCIÓN DE OFICINA PRINCIPAL						CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAIS	
DIRECCIÓN SUCURSAL						CIUDAD SUCURSAL	DEPARTAMENTO	PAIS	
CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO						ACTIVIDAD ECONOMICA O DESCRIPCION NEGOCIO	SECTOR ECONOMICO	CIU	
						# EMPLEADOS			
¿Responsable de IVA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			¿Esal? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			¿Gran Contribuyente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Resolución N° _____		¿Autorretenedor? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL				LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO			NACIONALIDAD			GENERO
												F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
TIPO DOCUMENTO	C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> T.D <input type="checkbox"/>			NUMERO IDENTIFICACION				FECHA DE EXPEDICIÓN DOCUMENTO	AÑO	MES	DIA	LUGAR DE EXPEDICIÓN
DIRECCIÓN DE DOMICILIO ACTUAL				CIUDAD		NACIONALIDAD		ESTRATO		NIVEL EDUCATIVO		ESTADO CIVIL
CORREO ELECTRONICO				TELEFONO FIJO		CELULAR		MUJER CABEZA DE FAMILIA				
								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
¿Es servidor público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				¿Maneja recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				¿Persona públicamente reconocida? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
¿Tiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						Si su respuesta es afirmativa por favor suministre la siguiente informacion de su familiar o socio						
NOMBRE Y APELLIDO COMPLETO				No. DOCUMENTO		PARENTEZCO		CARGO O ACTIVIDAD				

INFORMACIÓN ACCIONISTAS (Con participacion igual o mayor a 5%)

TIPO DE DOCUMENTO	N° DOCUMENTO	% PARTICIPACIÓN	NOMBRE Y/O RAZÓN SOCIAL	Persona expuesta públicamente
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN FINANCIERA

FECHA DE DATOS FINANCIEROS	AÑO	MES	DIA	INGRESOS MENSUALES	OTROS INGRESOS MENSUALES	DESCRIPCION OTROS INGRESOS	EGRESOS MENSUALES	
ACTIVOS		PASIVOS		BANCO NACIONAL		TIPO DE CUENTA	No. DE CUENTA	
¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Tipo de Operación: Exportacion <input type="checkbox"/> Importacion <input type="checkbox"/> Pago Serv. <input type="checkbox"/>			Monto operación Moneda Extranjera: _____	
Tipo de Producto: Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta Ahorro <input type="checkbox"/> Inversion Prestamo <input type="checkbox"/> Tarjeta de Credito <input type="checkbox"/> Giros <input type="checkbox"/> Fideicomiso <input type="checkbox"/> CDAT <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cual _____								
Numero de producto: _____ Banco: _____				Pais: _____			Ciudad: _____	

DETALLE DE BIENES DE SU PROPIEDAD

DETALLE INMUEBLES

DIRECCION	No. MATRICULA INMOBILIARIA	CIUDAD

DETALLE VEHICULOS

MARCA Y MODELO	PLACA	CIUDAD

DETALLE BIENES MAQUINARIA Y EQUIPO

BIEN MAQUINA O EQUIPO	VALOR COMERCIAL	CIUDAD

REFERENCIAS

FINANCIERAS

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	CORREO ELECTRÓNICO	CIUDAD	TELEFONO FIJO/CEL

COMERCIALES

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO DE RELACION	ANTIGÜEDAD	CORREO ELECTRÓNICO	CIUDAD	TELEFONO FIJO/CEL

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES

EN MI CALIDAD DE TITULAR DE INFORMACIÓN, Y/O REPRESENTANTE LEGAL DEL MISMO, AUTORIZO DE MANERA EXPRESA E IRREVOCABLE A COOPERATIVA MULTIACTIVA WINARR - COOPWINARR, A QUIEN REPRESENTA SUS DERECHOS, A QUIEN ÉSTE CONTRATE PARA EL EJERCICIO DE LOS MISMOS O A QUIEN ÉSTE CEDA SUS DERECHOS, SUS OBLIGACIONES O SU POSICIÓN CONTRACTUAL A CUALQUIER TÍTULO, EN RELACIÓN CON LOS PRODUCTOS O SERVICIOS DE LOS QUE SOY TITULAR, PARA QUE CONSULTE, SOLICITE, SUMINISTRE, REPORTE, PROCESA, OBTENGA, RECOLECTE, OFREZCA, COMPILA, CONFIRME, VENDA, COMPRE, INTERCAMBIE, INTERCEPTE, MODIFIQUE, EMPLEE, ANALICE, ESTUDIE, CONSERVE, RECIBA Y ENVÍE MIS DATOS PERSONALES, LO QUE INCLUYE TODA LA INFORMACIÓN RELATIVA A MI COMPORTAMIENTO CREDITICIO, FINANCIERO, COMERCIAL, Y DE SERVICIOS, ASÍ COMO LOS DATOS PERSONALES DE LOS ADMINISTRADORES Y/O ACCIONISTAS DE LA ENTIDAD QUE REPRESENTO A LOS QUE COOPWINARR TENGA ACCESO EN DESARROLLO DE LAS FINALIDADES PREVISTAS EN LA PRESENTE AUTORIZACIÓN.

LAS ACTIVIDADES ANTES MENCIONADAS, PODRÁN SER ADELANTADAS POR COOPWINARR DE MANERA DIRECTA Y/O JUNTO CON, O FRENTE A, SEGÚN CORRESPONDA, CUALQUIER OPERADOR DE INFORMACIÓN DEBIDAMENTE CONSTITUIDO O ENTIDAD QUE MANEJE O ADMINISTRE BASES DE DATOS CON FINES SIMILARES DENTRO Y FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL

ESTA AUTORIZACIÓN BUSCA QUE COOPWINARR PUEDA CUMPLIR SU OBJETO SOCIAL, ASÍ COMO CONTAR CON LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA PARA PROPENDER POR SATISFACER DE MANERA SUFICIENTE Y EN DEBIDA FORMA LA RELACIÓN ESTABLECIDA O QUE ESTABLEZCA CONMIGO. EN CONSECUENCIA, COMPRENDE LAS SIGUIENTES FINALIDADES: 1. EL TRÁMITE DE LA SOLICITUD DE VINCULACIÓN COMO CLIENTE, PROVEEDOR O EMPLEADO. 2. EL PROCESO DE AFILIACIÓN PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS FINANCIEROS OFRECIDOS POR COOPWINARR. 3. LA EJECUCIÓN Y EL CUMPLIMIENTO DE LOS CONTRATOS QUE CELEBREN. 4. EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE FRAUDES. 5. LA GESTIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS FINANCIEROS REALIZADOS. 6. EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS PARA ACCEDER AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. 7. INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 8. LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL LAVADO DE ACTIVOS Y LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO.

ESTA AUTORIZACIÓN PERMANECERÁ VIGENTE, HASTA TANTO SEA REVOCADA, O HASTA TANTO SE AGOTEN LAS FINALIDADES PARA LAS CUALES FUE CONCEDIDA. ESTA AUTORIZACIÓN PODRÁ SER REVOCADA EN LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA LEY, Y SIEMPRE Y CUANDO NO EXISTA NINGÚN TIPO DE RELACIÓN CON LA COOPERATIVA O NO SE ENCUENTRE VIGENTE ALGÚN PRODUCTO O SERVICIO DERIVADO DE ESTA AUTORIZACIÓN. DE IGUAL MANERA MANIFIESTO QUE AUTORIZO RECIBIR NOTIFICACIONES ELECTRONICAS A TRAVES DEL CORREO INDICADO AL REVERSO, DE ACTOS EMITIDOS POR COOPWINARR, SUCEPTIBLES DE NOTIFICACION.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

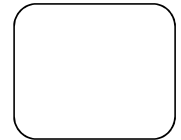
DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTA SOLICITUD ES REAL Y VERIFICABLE Y ASUMO PLENA RESPONSABILIDAD POR LA INFORMACIÓN ERRÓNEA, FALSA O INEXACTA QUE HUBIERE PROPORCIONADO EN ESTE DOCUMENTO. ACEPTO QUE CUALQUIER ERROR O INEXACTITUD PODRÁ ACARREAR LA RESERVA DEL DERECHO DE ACEPTAR O RECHAZAR LA PRESENTE SOLICITUD Y A QUE NO SE ME DE EXPLICACIÓN ALGUNA NI RESPONDA LA PRESENTE SOLICITUD EN CASO DE RECHAZO DE LA MISMA; ASÍ MISMO DECLARO QUE LOS RECURSOS BIENES Y/O SERVICIOS QUE PROVEA, NO PROVIENEN DE NINGUNA ACTIVIDAD ILÍCITA DE LAS CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO O EN CUALQUIER NORMA QUE LO MODIFIQUE O ADICIONE. TAMBIÉN ME COMPROMETO A ACTUALIZAR MIS DATOS AL MENOS UNA VEZ AÑO O EN SU DEFECTO CADA VEZ QUE CAMBIE DE DOMICILIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL. POR TANTO, EXHIMO A COOPWINARR DE TODA RESPONSABILIDAD QUE SE DERIVE POR INFORMACIÓN ERRÓNEA, FALSA O INEXACTA QUE HUBIERE PROPORCIONADO EN ESTE DOCUMENTO O DE LA VIOLACIÓN DEL MISMO; ME COMPROMETO IGUALMENTE A CUMPLIR Y APLICAR TODOS LOS PROCEDIMIENTOS INTERNOS DEL SARLAFT DE COOPWINARR. LA APLICACIÓN PARCIAL O LA AUSENCIA DE EJECUCIÓN DE ESTOS PROCEDIMIENTOS POR PARTE DEL CONTRATISTA PODRÁ SER CAUSAL DE TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO. ASÍ MISMO AUTORIZO EXPRESA E IRREVOCABLEMENTE A LA ENTIDAD COOPWINARR A QUE CONSULTE ANTES LAS ENTIDADES QUE MANEJEN Y/O ADMINISTREN BASES DE DATOS TALES COMO CENTRALES DE RIESGO Y SEA REPORTADO A LAS MISMAS DE SER NECESARIO, LISTAS DE CONTROL SARLAFT Y/O CUALQUIER OTRA LISTAS INFORMATIVAS. LA DOCUMENTACION EN ESTE FORMULARIO ES CIERTA Y VERIFICABLE. LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO EXPRESA LA LECTURA, ENTENDIMIENTO Y ACEPTACION TOTAL DE LA INFORMACION AQUI DILIGENCIADA.

DOCUMENTACIÓN ANEXA A ESTA SOLICITUD

- 1 Certificado existencia Camara de Comercio menor a 30 dias de expedición
- 2 RUT
- 3 Certificación Bancaria menor a 30 dias de expedición
- 4 Estados Financieros 2 ultimos años, con Notas
- 5 Ultima Declaración de Renta
- 6 Fotocopia de la cedula representante legal
- 7 Certificación Accionaria

Consideraciones generales: i) Los datos solicitados en el presente formulario son recogidos atendiendo las disposiciones legales y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo. ii) Conforme a lo previsto en el literal b) del artículo 2 de la ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas en dicha norma, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y financiamiento del terrorismo, por lo que su uso no requiere autorización de su titular, la cual proviene de la ley.

FIRMA _____
N° IDENTIFICACIÓN _____
NOMBRE _____
CORREO ELECTRONICO _____
CELULAR _____



Huella

**QUIEN SUMINISTRE INFORMACIÓN QUE NO CORRESPONDE A LA REALIDAD INCURRE EN EL DELITO DE FALSEDAD EN DOCUMENTO PRIVADO Arts. 289-290 C.P
LA PRESENTACIÓN DE FIADORES DE PROFESIÓN (OFICINAS O CLASIFICADOS) AUTOMATICAMENTE ANULA A LA SOLICITUD**

**ESPACIO PARA USO
INTERNO**

DECLARO QUE LA INFORMACION CONTENIDA EN EL FORMULARIO FUE TOTALMENTE VERIFICADA Y QUE REALIZAMOS LOS PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS POR LA ORGANIZACIÓN Y LA LEY

RESPONSABLE AREA COMERCIAL: NOMBRE _____ CARGO _____ FECHA _____

RESPONSABLE AREA OPERATIVA: NOMBRE _____ CARGO _____ FECHA _____