



FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
PERSONAS NATURALES - SARLAFT

CODIGO	V-001
AREA	COM-RIESGOS
PÁGINAS	2

RELACION		CONVENIO PAGADURIA	FORMA DE PAGO	TIPO DE SOLICITUD	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO			
EMPLEADO	ASOCIADO EMPLEADO	ASOCIADO PENSIONADO	SI	CAJA	INGRESO	AÑO	MES	DIA
PROVEEDOR	ASOCIADO INDEPENDIENTE	ASOCIADO ESTUDIANTE	NO	DESCUENTO DE NOMINA	ACTUALIZACION			

INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRES				APELLIDOS							
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	AÑO	MES	DIA	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	AÑO	MES	DIA	LUGAR DE NACIMIENTO	GENERO	
											F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
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"/>			
PROFESIÓN / OCUPACIÓN ACTUAL					DEPENDIENTE		INDEPENDIENTE				
					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Código Act. Eco. (CIU) _____				
EMPRESA DONDE TRABAJA					CARGO QUE DESEMPEÑA Y DEPENDENCIA		FECHA DE INGRESO	SUELDO ACTUAL			
DIRECCIÓN COMERCIAL					BARRIO	CIUDAD	TELEFONO FIJO	EXTENSIÓN			
FONDO CESANTIAS:					AFP:			EPS:			
¿Tiene Hijos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			¿Cuantos? _____			Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Vr Canon \$ _____			¿Usted Posee? Moto <input type="checkbox"/> Carro <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"/>					¿Responsable de IVA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Gran Contribuyente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Resolución N° _____				
¿Régimen común? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			¿Régimen Simplificado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			¿Grandes Contribuyentes? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Resolución N° _____					

INFORMACIÓN DE CÓNYUGUE

NOMBRES				APELLIDOS			
TIPO DOCUMENTO	C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> T.D <input type="checkbox"/>			NUMERO IDENTIFICACION			
OCUPACIÓN		INGRESO MENSUAL		CIUDAD		CELULAR	

INFORMACIÓN FINANCIERA

FECHA DE DATOS FINANCIEROS	AÑO	MES	DIA	INGRESOS MENSUALES	OTROS INGRESOS MENSUALES	FORMA DE RECAUDO 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: _____		

REFERENCIAS

PERSONALES			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	CORREO ELECTRÓNICO	CIUDAD	TELEFONO FIJO/CEL

FAMILIARES			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	CORREO ELECTRÓNICO	CIUDAD	TELEFONO FIJO/CEL

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES

EN MI CALIDAD DE TITULAR DE INFORMACIÓN, O REPRESENTANTE LEGAL DEL MISMO, AUTORIZO DE MANERA EXPRESA E IRREVOCABLE A COOPERATIVA MULTIACTIVA WINARR - COOPWINARR, A QUIEN REPRESENTE 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, COMPILE, 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.

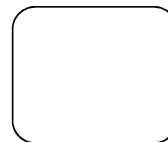
DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

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

EMPLEADO Y/O PENSIONADO	INDEPENDIENTE
1 Copia Cedula de ciudadanía 150% Directamente de la Cedula 2 Certificación labora y/o Pensión 3 Desprendibles nomina últimos 3 meses	1 Copia Cedula de ciudadanía 150% Directamente de la Cedula 2 RUT 3 Extracto bancario últimos 3 meses

FIRMA _____
 NOMBRE _____
 No. DE DOCUMENTO _____



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 _____