COMFACHOCO CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CHOCÓ	**FO-GE-09 FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT**	
	Codigo: FO-GE-10	**Versión: 01**	**Fecha: 15 Agosto 2018**
	Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a la Circular Externa 000009 del 21 de Abril de 2016, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.	Versión 1.0

Fecha de diligenciamiento			Tipo de Cliente o Contraparte								Tipo de Solicitud	
			Cliente		Contratista		Prestador IPS		Proveedor		Vinculación	
día	mes	año	Colaborador		Junta Directiva		Accionista		Otro		Actualización	

Ciudad	Regional	Zonal

I. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento	N° Identificación
				CC ☐ CE ☐ TI ☐ PAS ☐ CD ☐	

Lugar de expedición	Fecha de expedición (día / mes / año)	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento (día / mes / año)	Dirección

Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento	Profesión	Ocupación (código CIIU)

Responda sí o no a las siguientes preguntas

¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?

PERSONA JURÍDICA

Razón Social	NIT	Correo electrónico

Tipo de sociedad:	Anónima		Limitada		S.A.S.		Otra		¿Cuál?	
Tipo de empresa:	Privada		Pública		Mixta		Sin ánimo de lucro			

Actividad económica principal

Salud		Farmacéutico		Químico		Industrial		Otro		¿Cuál?	
Transportes		Servicios	X	Comercial		Financiero				Código CIIU	8430

Descripción de la actividad económica: Actividades de planes de seguridad social de afiliación obligatoria

Dirección oficina principal	Teléfono	Celular	Ciudad	Departamento
Dirección agencia o sucursal	**Teléfono**	**Celular**	**Ciudad**	**Departamento**

Representante Legal

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento	N° Identificación
				CC ☐ CE ☐ PAS ☐ CD ☐	

Lugar de expedición	Dirección	Teléfono	Ciudad

Responda sí o no a las siguientes preguntas

¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?

Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Razón social o nombres y apellidos	Tipo de documento	N° Documento	% de Participación	Responda sí o no a las siguientes preguntas: ¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?

JUNTA DIRECTIVA (ADJUNTAR RELACIÓN SI LOS CAMPOS SON INSUFICIENTES)

Nombres y apellidos	Tipo de documento	N° Documento	Principal o suplente	Responda sí o no a las siguientes preguntas: ¿Administra recursos públicos?	¿Tiene reconocimiento público?	¿Tiene grado de poder público?	¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?

II. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total activos $	Total pasivos $	Patrimonio $
Ingresos mensuales $	Egresos mensuales $	Otros ingresos $
Concepto de otros ingresos		Información financiera a corte de:

III. INFORMACIÓN BANCARIA

Tipo de Cuenta: Corriente	Tipo de Cuenta: Ahorros	Entidad Financiera	Sucursal	Teléfono

IV. REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre	Teléfono	Dirección	Ciudad

V. OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza negocios en moneda extranjera? Sí ☐ No X

Tipo de transacciones

Importaciones		Exportaciones		Inversiones		Préstamos		Pago de servicios		Transferencias		Otros	

¿Cual?

Productos financieros en moneda extranjera

Tipo de producto	No. de producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.):
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. De manera irrevocable autorizo a COMFACHOCO, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de negocio o comerciales, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
6. Eximimos a COMFACHOCO, sus representantes legales y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

VII. DECLARACIONES ADICIONALES

		Si		No	X
1.	Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo?	Si		No	X
2.	La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas inhibitorias como la lista Clinton?	Si		No	X
3.	Si es persona natural ha sido incluido en listas inhibitorias como la lista Clinton?	Si		No	X

VIII. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

Firma **Huella**

DILIGENCIAR SI CORRESPONDE A UNA PERSONA JURÍDICA

Nombre de la persona que lo diligencia	Tipo de documento	Número de identificación
	CC ☐ CE ☐ PAS ☐	

Lugar de expedición	Firma