

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO - PERSONA NATURAL

(Diligenciar todos los espacios del formulario en letra imprenta sin tachones ni enmendaduras)

Entidad a la que desea vincularse:

	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Ciudad:	Oficina:	Fecha de Diligenciamiento:	DD	MM	AAAA
---------	----------	----------------------------	----	----	------

Para uso exclusivo de la entidad (Marque con una X) Tipo de Vinculación

Solicitante <input type="checkbox"/>	Beneficiario <input type="checkbox"/>	Apoderado <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/>	Cliente de Intermediario <input type="checkbox"/>
Titular <input type="checkbox"/>	Fideicomitente <input type="checkbox"/>	Representante <input type="checkbox"/>	Proveedor Administrativo <input type="checkbox"/>	

Tipo de Servicio/Producto:

Banca de Inversión <input type="checkbox"/>	Fideicomiso <input type="checkbox"/>	Portafolios de Inversión <input type="checkbox"/>	Bonos Ordinarios <input type="checkbox"/>	Tesorería <input type="checkbox"/>	Contrato Leasing <input type="checkbox"/>
Fondo de Inversión Colectiva <input type="checkbox"/>	Inversiones <input type="checkbox"/>	C.D.T.s <input type="checkbox"/>	Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/>	Crédito <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> Cuál? _____

1. Datos Generales	Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:																				
	Tipo de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Turista en los países miembros de la CAN <input type="checkbox"/>						Número de Identificación:			D.V. <input type="checkbox"/>																	
	Fecha de Nacimiento:		DD	MM	AAAA	Lugar de Nacimiento:		Ciudad:	Dpto./Estado:	País:																	
	Fecha de Expedición:		DD	MM	AAAA	Lugar de Expedición:		Ciudad:	Dpto./Estado:	País:																	
	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Tiene Nacionalidad Estadounidense? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Es residente en U.S.? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Obligado a Tributar en U.S.? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		*TIN: _____																			
	Nivel Educativo:				Ocupación:																						
	Primaria <input type="checkbox"/>		Tecnológico <input type="checkbox"/>		Maestría <input type="checkbox"/>		Transportador <input type="checkbox"/>		Profesional Independiente* <input type="checkbox"/>		Ama de Casa/Jefe de Hogar <input type="checkbox"/>																
	Secundaria <input type="checkbox"/>		Universitario <input type="checkbox"/>		Doctorado <input type="checkbox"/>		Empleado <input type="checkbox"/>		Estudiante o Menor de Edad <input type="checkbox"/>		Inversionista <input type="checkbox"/>																
	Técnico <input type="checkbox"/>		Especialización <input type="checkbox"/>		Ninguno <input type="checkbox"/>		Pensionado <input type="checkbox"/>		Arrendador o Rentista <input type="checkbox"/>		*Si es independiente describa la actividad _____																
	Profesión/Oficio:			Empresa donde labora o negocio donde desarrolla su actividad:					NIT				D.V. <input type="checkbox"/>														
Tipo de empresa:		Pública <input type="checkbox"/>		Privada <input type="checkbox"/>		Mixta <input type="checkbox"/>		Cargo:		Antigüedad (Años):		Pasatiempo/Deporte:															
Por su cargo o actividad administra recursos públicos?				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tiene vínculos familiares o parentesco con Persona Públicamente Expuesta?				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																	
Por su cargo o actividad, detenta algún grado de poder público?				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Por su actividad u oficio goza de reconocimiento público general?				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																	
Si alguna de las anteriores preguntas es afirmativa por favor especifique: _____																											
Tipo de Vivienda:		Estrato: _____		Nombre del Arrendador:				Teléfono:		Si la vivienda es arrendada: Antigüedad (Años): _____																	
Propia <input type="checkbox"/>		Arrendada <input type="checkbox"/>		Familiar <input type="checkbox"/>		Número de Personas a Cargo:		Datos Básicos del Cónyuge:				Identificación:															
Estado Civil:		Soltero <input type="checkbox"/>		Casado <input type="checkbox"/>		Divorciado <input type="checkbox"/>		Unión Libre <input type="checkbox"/>		Viudo <input type="checkbox"/>		Número de Hijos:		Nombre:		Teléfono:											
Dirección de Residencia:				Barrio:		Ciudad:		Dpto./Estado:				País:		Teléfono:		Celular:		E-mail Personal:		A.A.							
Dirección Oficina:				Barrio:		Ciudad:		Dpto./Estado:				País:		Teléfono:		Nro. de Extensión:		Fax:		E-mail Oficina:							
Envío de Correspondencia: Residencia <input type="checkbox"/> A.A. <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cuál? _____																											
Responsable de IVA:		Común <input type="checkbox"/>		Simplificado <input type="checkbox"/>		No Aplica <input type="checkbox"/>		Financiera:				Personal/Familiar (Referencia familiar aplica solo a Leasing Corficolombiana):															
Tipo de Retención:		Sujeto a Retención <input type="checkbox"/>		Retención Especial <input type="checkbox"/>		Nombre de la Entidad:				Nombre:																	
Declarar Renta?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Teléfono:				Parentesco:				Ciudad:				Dpto./Estado:		País:									
				Clase de Producto o Número de Cuenta:				Dirección:				Teléfono:															
Realiza operaciones en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Tipo de operaciones que normalmente realiza:				Ingresos Mensuales:				Egresos Mensuales															
Importaciones <input type="checkbox"/>		Pago de Servicios <input type="checkbox"/>		Inversiones en M/Ext. <input type="checkbox"/>		Exportaciones <input type="checkbox"/>		Préstamos M/Ext. <input type="checkbox"/>		Ingresos por Donaciones <input type="checkbox"/>		Transferencias <input type="checkbox"/>		Cambio de Divisas <input type="checkbox"/>		Otros: _____		Cuota Hipotecaria:									
Tiene cuentas o productos financieros en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Tipo de Producto _____				Identificación del Producto _____				Entidad _____				Ciudad _____				País _____				Moneda _____ Monto _____			
								*Otros Ingresos:				Total Ingresos Mensuales:				Total Pasivos:				Total Patrimonio:							
								*Explique Otros Ingresos:																			

* TIN: Número de identificación del contribuyente en Estados Unidos.

II. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Obrando en mi propio nombre y/o en el de mi representado, 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 Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), Leyes 190 de 1995 y 1474 de 2011, y demás normas legales concordantes con la apertura y manejo de operaciones financieras:

- Los recursos que entrego, deposito y/o administro provienen de las siguientes fuentes: (Detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc.)

- Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita.
- Declaro que no admitiré que terceros efectúen pagos en mi nombre ni depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
- Declaro que el país de procedencia de los recursos es: _____

III. AUTORIZACIONES

Autorizo de manera expresa e irrevocable a la CORPORACIÓN FINANCIERA COLOMBIANA S.A., FIDUCIARIA CORFICOLOMBIANA S.A. y LEASING CORFICOLOMBIANA S.A. para:

- Terminar cualquier relación 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 las entidades mencionadas anteriormente 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.
- Reportar, procesar, solicitar, divulgar y consultar 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 a mi comportamiento como cliente de las entidades mencionadas anteriormente. La autorización se acoge 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.
- Suministrar esta información a cualquiera de dichas entidades, en caso de mi eventual vinculación con alguna de ellas, y/o la posible contratación de otros productos ofrecidos por las mismas.
- Que graben en cintas magnetofónicas o cualquier otro medio idóneo para el almacenamiento de información, las conversaciones telefónicas o la transmisión de órdenes o acuerdos de negocio que surjan en desarrollo de las operaciones celebradas entre el suscrito y sus apoderados (si hubiere) y las entidades anteriormente mencionadas.

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.

- Que recolecten y entreguen la información tanto financiera como demográfica solicitada por autoridades extranjeras, directa o indirectamente o a través de autoridades, lo mismo que para efectuar las retenciones a que haya lugar y asumo las consecuencias y responsabilidades por lo que tengan que hacer las entidades anteriormente mencionadas, como consecuencia de los requerimientos u órdenes de tales autoridades. Todo lo anterior bajo el entendido que me sean aplicables las disposiciones sobre la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras - FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) u otras órdenes similares por otros estados.
- Ingresar mi información en: (i) los sistemas de registro de operaciones sobre valores y divisas administrados por entidades autorizadas para ello, y (ii) en los sistemas de las entidades autorizadas para compensar y liquidar operaciones sobre valores y divisas, de acuerdo con lo requerimientos de tales sistemas, en los eventos en que celebre operaciones en el mercado mostrador con cualquiera de las mencionadas entidades.

Entiendo y acepto que la correcta utilización por parte de la CORPORACION FINANCIERA COLOMBIANA S.A., o FIDUCIARIA CORFICOLOMBIANA S.A., o LEASING CORFICOLOMBIANA S.A., de la autorización que aquí se le confiere, no viola los derechos constitucionales o legales de quién suscribe el presente formulario.

IV. DECLARACIONES FATCA

Mediante el presente documento manifiesto lo siguiente:

- He permanecido dentro del territorio de los Estados Unidos más de 183 días en el último año, o 183 días durante los últimos 3 años, . Si No
- Soy poseedor de la tarjeta verde o "Green Card" de los Estados Unidos (Tarjeta de Residencia). Si No
- Recibo cualquier pago de intereses, dividendos, rentas, salarios, honorarios, primas, anualidades, compensaciones, remuneraciones, emolumentos y otras ganancias fijas u ocasionales e ingresos, si dicho pago proviene de fuentes dentro de los Estados Unidos. Si No
- Recibo cualquier ingreso bruto procedente de la venta u otra disposición de cualquier propiedad que puede producir intereses o dividendos cuya fuente se encuentre dentro de los Estados Unidos. Si No

V. DECLARACIONES

Declaro bajo mi responsabilidad que la información consignada en este formulario es veraz y podrá ser confirmada por la CORPORACIÓN FINANCIERA COLOMBIANA S.A., o FIDUCIARIA CORFICOLOMBIANA S.A., o LEASING CORFICOLOMBIANA S.A. y me comprometo a actualizar esta información anualmente y a entregar los documentos soportes requeridos.

Firma del Cliente

Huella Dactilar

VI. SOLICITUD DE SERVICIOS FINANCIEROS (Información exclusiva para productos de Fiduciaria Corficolombiana)

1. Tipo de Contrato Fiduciario Inversión <input type="checkbox"/> Inmobiliario <input type="checkbox"/> Titularizaciones <input type="checkbox"/> Garantía <input type="checkbox"/> Admon y Pagos <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____				3. Autorización Envío de Extractos, Informes de Gestión y/o Rendición de Cuentas Autorizo a Fiduciaria Corficolombiana S.A., enviar los extractos mensuales de encargos fiduciarios, informes de gestión y/o rendición de cuentas, u otra información relacionada con el manejo de los productos al (a los) siguiente(s) correo(s) electrónico(s): _____ _____	
2. Clase de Recursos e Identificación del Bien que se Entrega Dinero <input type="checkbox"/> Vehículo <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Terreno <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> _____					

VII. CONTROL DE DOCUMENTOS

- Fotocopia del Documento de Identificación.
- Estados Financieros certificados a la ultima fecha de corte (cuando aplique).
- Copia Registro Civil, cuando el representante sea la madre o el padre.
- Constancia de ingresos (Honorarios, laborales, certificado de ingresos y retenciones o el documento que corresponda) o Declaración de renta del último periodo gravable disponible (en los casos que aplique).
- Copia del Poder Vigente y/o constancia de vigencia notarial, si es apoderado.
- Otro documento, especifique cuál: _____
- Constancia de otros ingresos (Originados en actividades diferentes a la principal, si aplica).
- Copia del Acto de Designación del Tutor o Curador (si aplica).

VIII. ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD

1. Resultado de la Entrevista Fecha de la Entrevista: DD MM AAAA Hora: _____ Lugar/Dirección donde se realiza la entrevista: _____ Nombre de quien realiza la entrevista: _____ Firma: _____ _____ Cargo: _____ Nombre del funcionario que autoriza la vinculación del PEP: _____ Cargo: _____ Fecha: _____ Firma: _____				2. Verificación de la Información (*) Nombre del funcionario: _____ Cargo: _____ Fecha: _____ Firma: _____ Resultado de la verificación : _____ _____ _____ Datos del funcionario que vincula: Nombre: _____ Cargo: _____ Fecha: _____ Firma: _____	
--	--	--	--	---	--

* El proceso de verificación está sujeto al procedimiento establecido en el Manual del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo - SARLAFT.