

☐ Nuevo Registro

☐ Actualización de datos

Fecha de diligenciamiento

DD	MM	AAAA
----	----	------

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

Nombres y Apellidos

Sexo

M	F
---	---

☐ CC

☐ CE No.

de

Fecha de Expedición

DD	MM	AAAA
----	----	------

Nacionalidad

Fecha de Nacimiento

DD	MM	AAAA
----	----	------

Lugar

Correo electrónico

INFORMACIÓN LABORAL

Nombre de la empresa

Dependencia

Cargo

Dirección

Teléfono

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?

☐ SI

☐ NO

¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?

☐ SI

☐ NO

¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general?

☐ SI

☐ NO

Si alguna de las anteriores preguntas es afirmativa, por favor explique?

DATOS PERSONA JURÍDICA

Nombre Razón Social

Nit

Dirección

Teléfono

Nombre persona de contacto

Email

Tipo de empresa

☐ Pública

☐ Privada

☐ Mixto

Actividad Comercial

☐ Industrial

☐ Comercial

☐ Transportes

☐ Construcción

☐ Agrícola

☐ Civil

☐ Servicios

☐ Otra

¿Cuál?

Código CIIU

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente mas del 5% del capital social aporte o participación

en caso de requerir más espacio debe anexarse la relación:

Nombre completo o razón social	Tipo de Identificación	Número
	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT	
	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT	
	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT	

INFORMACIÓN FINANCIERA PERSONA JURÍDICA

Ingresos actividad principal

\$

Total activos

\$

Otros ingresos

\$

Total pasivo

\$

Total de Ingresos

\$

Total de Egresos

\$

INFORMACIÓN FISCAL

Régimen al que pertenece ☐ COMÚN ☐ SIMPLIFICADO ☐ AUTORETENEDOR RESOLUCIÓN No.

☐ GRAN CONTRIBUYENTE

En cuanto a ICA especifique

Código Actividad

Tarifa

En cuanto a RETEIVA especifique

Tarifa

INFORMACIÓN BANCARIA AUTORIZADA PARA EL PAGO

Con el propósito de recibir los recursos directamente en mi cuenta confirmo los datos de la cuenta bancaria en la cual autorizo al Fondo de Profesores y Empleados de la Universidad de los Andes, para abonar los pagos por concepto de compras y/o servicios prestados.

Nombre de la entidad donde tiene la cuenta

No. Cuenta

Tipo de cuenta

☐ Ahorros
☐ Corriente

OPERACIONES MONEDA EXTRANJERA

Realiza transacciones en moneda extranjera

☐ SI

☐ NO

☐ Importación

☐ Exportación

☐ Inversiones

☐ Préstamos en moneda extranjera

Posee CDTs en moneda extranjera

☐ SI

☐ NO

☐ Transferencias

☐ Pago servicios

☐ Otros ¿Cuál?

Posee cuentas corrientes en moneda extranjera

☐ SI

☐ NO

en caso afirmativo indique:

Tipo de producto	Banco	Ciudad	País	Moneda

REFERENCIAS

Comercial como Cliente	Nombre y Apellidos	Cargo	Dirección	Tel.
	Nombre y Apellidos	Cargo	Dirección	Tel.
Comercial como proveedor	Nombre y Apellidos	Dirección	Tel.	
	Nombre y Apellidos	Dirección	Tel.	

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Externa No.007 de 1996 expedida por la Superintendencia Bancaria, en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), Ley 190 de 1995 "Estatuto Anticorrupción" y demás normas legales concordantes.

- Los recursos que manejo o mis recursos propios provienen de las siguientes fuentes (Detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc. – No colocar genéricos como por ejemplo: comerciante): _____.
- Si posee ingresos adicionales, especifique: _____.
- Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
- No admitiré que terceros efectúen depósitos a nombre mío, con fondos provenientes de las 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 a favor de personas relacionadas con las mismas.
- Autorizo a saldar las obligaciones o depósitos con esta institución, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento eximiendo al FONDO DE PROFESORES Y EMPLEADOS DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.
- Con el objeto de cumplir las disposiciones relativas a la prevención contra el lavado de activos, me obligo a:

*Entregar la información veraz y verificable, que el FONDO DE PROFESORES Y EMPLEADOS DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES y la ley exijan.

*Actualizar anualmente mis datos de actualización, suministrando los soportes documentales necesarios para su comprobación.

AUTORIZACIONES

Por otra parte, me sujeto a las normas vigentes y aplicables sobre prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo, a sabiendas que EL FONDO UNIANDES, busca cumplir con las normas generales y particulares sobre prevención y control al lavado de activos, establecer y utilizar mecanismos de prevención y control del lavado de activos, conocimiento del cliente, detección y reporte de operaciones sospechosas y control al financiamiento del terrorismo. Por lo demás, EL FONDO UNIANDES, podrá cruzar en cualquier momento la información de sus bases de datos con las listas públicas internacionales y locales sobre personas investigadas por lavado de activos, financiación del terrorismo y extinción de dominio. Cuando quiera que la investigación arroje resultados positivos, se procederá a tomar las decisiones pertinentes teniendo en cuenta las Políticas de Prevención y Control del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y las normas vigentes.

ANEXOS

- * CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL (no mayor a 30 días)
- * COMPOSICION ACCIONARIA (Con números de cedula, si no registran en la cámara de comercio)
- * REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO -RUT
- * FOTOCOPIA DE CEDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL
- * CERTIFICACIÓN BANCARIA CON DATOS DE LA CUENTA
- * CERTIFICACION ARL - SGSST Y/O PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Persona Jurídica

X
X
X
X
X
X

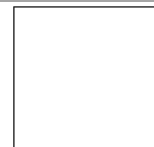
Persona Natural

X
X
X
X
X

Únicamente para ferias

FIRMA Y HUELLA

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



Firma cliente o Representante legal

Sello de la Empresa

Huella índice derecho
Dato Sensible

ESPACIO EXCLUSIVO DEL FONDO UNIANDES

Entrevista:		
Lugar: _____	Fecha: _____	Hora: _____
Resultado: _____		
Nombre del funcionario de Fondo Uniandes: _____	Cargo: _____	Firma y C.C. _____
Verificación de datos:		
Lugar: _____	Fecha: _____	Hora: _____
Observación: _____		
Nombre del funcionario de Fondo Uniandes: _____	Cargo: _____	Firma y C.C. _____

Aprobado

☐ SI ☐ NO

Fecha

DD MM AA

Nombre y Firma Funcionario