

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 _____

INFORMACION 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 específico Código Actividad _____ Tarifa _____

En cuanto a RETEIVA específico Tarifa _____

INFORMACIÓN BANCARIA AUTORIZADA PARA EL PAGO

Con el propósito de recibir los recursos directamente en mi cuenta confirmó los datos de la cuenta bancaria en la cual autorizó 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.

1. 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): _____
2. Si posee ingresos adicionales, especifique: _____
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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

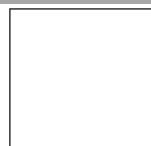
X
X
X
X
X
X
X

X
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:	Fecha:	Hora:
Lugar:		
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