



**COOPERATIVA DEL  
MAGISTERIO NORCAUCANO  
COOMANOR**

NIT. 891.502.427-9

**FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE  
PERSONA NATURAL**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	
<b>CLASE DE VINCULACIÓN</b>		<input type="checkbox"/> ASOCIADO <input type="checkbox"/> DEUDOR <input type="checkbox"/> CODEUDOR <input type="checkbox"/> APODERADO    Cuál?			<b>RENOVACIÓN</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> BENEFICIARIO <input type="checkbox"/> PROVEEDOR <input type="checkbox"/> OTRA _____				
<b>INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE EL ASOCIADO Y EL DEUDOR, DEUDOR Y CODEUDOR</b>						
ASOCIADO - DEUDOR		<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otra			Cuál?	
DEUDOR - CODEUDOR		<input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Otra				
<b>1. INFORMACIÓN GENERAL</b>						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula Extranjería; P.A. Pasaporte; T.I. Tarjeta de Identidad; T.E. Tarjeta de Extranjería; R.C. Registro Civil)					SEXO	
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> T.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No: _____					F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
					ESTADO CIVIL	
					SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	
FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO
DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO
NACIONALIDAD		OCUPACIÓN / OFICIO		PROFESIÓN		
<b>TIPO DE ACTIVIDAD</b>		<input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/> RENTISTA <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> ASALARIADO <input type="checkbox"/> CIUU				
DIRECCIÓN RESIDENCIA			DEPARTAMENTO		CIUDAD	
CORREO ELECTRÓNICO				TELÉFONO		CELULAR
NOMBRE EMPRESA DONDE TRABAJA				ÁREA		CARGO
DIRECCIÓN		DEPARTAMENTO		CIUDAD		TELÉFONO    FAX
POR SU CARGO O ACTIVIDAD: 1. MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2. GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3. EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO?    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, POR FAVOR ESPECIFIQUE:		
¿EXISTE ALGÚN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Cuál _____
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTROS PAÍSES O GRUPO DE PAÍSES				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Cuál _____
<b>2. INFORMACIÓN FINANCIERA</b>						
<b>2.1. INGRESOS Y EGRESOS</b>						
TOTAL ACTIVOS		\$ _____		INGRESOS MENSUALES		\$ _____
TOTAL PASIVOS		\$ _____		EGRESOS MENSUALES		\$ _____
TOTAL PATRIMONIO		\$ _____		OTROS INGRESOS MENSUALES		\$ _____
CONCEPTO OTROS INGRESOS						
<b>2.2. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES</b>						
REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR <input type="checkbox"/> IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> Cuál _____		
TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	MONEDA	PAÍS	CIUDAD
<b>3. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS</b>						
Declaro expresamente que:						
a. Los recursos que poseo provienen de las actividades descritas anteriormente b. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano. c. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz, verificable y me obligo a actualizarla anualmente. d. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.						

#### 4. DOCUMENTOS REQUERIDOS

EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

##### 1. ASOCIADO - DEUDOR - CODEUDOR

- Constancia de Ingresos (Honorarios Laborales, Certificado de Ingresos y Retenciones o el documento que corresponda).
- Declaración de Renta del último período gravable (si declara).

##### 2. PROVEEDORES

- Fotocopia del RUT.
- Declaración de Renta del último período gravable (si declara) o estados financieros.

##### 3. BENEFICIARIOS

- Documentación según políticas vigentes de la Cooperativa

##### 4. APODERADO

- En caso de que el cliente se presente a través de apoderado debe anexar poder debidamente firmado con reconocimiento de texto y firma ante notaría.

#### 5. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO Y ESTARÉ DISPUESTO A LA VERIFICACIÓN DEL MISMO. IGUALMENTE, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES

HUELLA

FIRMA DEL CLIENTE

#### 6. INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA

DIRECCIÓN DE LA ENTREVISTA		RESULTADO: ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>	FECHA ENTREVISTA	DÍA	MES	AÑO	HORA	_____:
DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA ENCONTRÓ ALGO INUSUAL O SOSPECHOSO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	EN CASO AFIRMATIVO DESCRÍBALO							
CONOCE PERSONALMENTE AL CLIENTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	HACE CUÁNTO TIEMPO QUE LO CONOCE:	CÓMO CONOCIÓ AL CLIENTE?						
LA VINCULACIÓN CON COOMANOR HA SIDO SOLICITADA DIRECTAMENTE POR EL CLIENTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	EN CASO NEGATIVO CÓMO CONTACTÓ EL NEGOCIO?							
DATOS DEL RECAUDADOR DE LA INFORMACIÓN	NOMBRE:	CARGO		FIRMA INTERMEDIARIO O EMPLEADO				

#### 7. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE VERIFICACIÓN	DÍA	MES	AÑO	HORA	NOMBRE Y CARGO DE QUIEN VERIFICA	FIRMA
				_____:		

OBSERVACIONES