



**COOPERATIVA DEL
MAGISTERIO NORCAUCANO
COOMANOR**

NIT. 891.502.427-9

**FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE
PERSONA NATURAL**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	
CLASE DE VINCULACIÓN		<input type="checkbox"/> ASOCIADO <input type="checkbox"/> DEUDOR <input type="checkbox"/> CODEUDOR <input type="checkbox"/> APODERADO Cuál?			RENOVACIÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> BENEFICIARIO <input type="checkbox"/> PROVEEDOR <input type="checkbox"/> OTRA _____				
INDIQUE LOS VÍNCULOS EXISTENTES ENTRE EL ASOCIADO Y EL DEUDOR, DEUDOR Y CODEUDOR						
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				
1. INFORMACIÓN GENERAL						
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		
TIPO DE ACTIVIDAD		<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:				SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, POR FAVOR ESPECIFIQUE:		
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"/>						
¿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 _____
2. INFORMACIÓN FINANCIERA						
2.1. INGRESOS Y EGRESOS						
TOTAL ACTIVOS		\$ _____		INGRESOS MENSUALES		\$ _____
TOTAL PASIVOS		\$ _____		EGRESOS MENSUALES		\$ _____
TOTAL PATRIMONIO		\$ _____		OTROS INGRESOS MENSUALES		\$ _____
CONCEPTO OTROS INGRESOS						
2.2. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES						
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
3. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS						
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

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

2. PROVEEDORES

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

3. BENEFICIARIOS

- a. Documentación según políticas vigentes de la Cooperativa

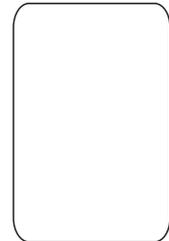
4. APODERADO

- a. 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

FIRMA DEL CLIENTE



HUELLA

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