



FORMATO DE CONOCIMIENTO DE
PROVEEDORES

GJ-P1-F22

Versión 1



CLASE DE CLIENTE

BIENES

SERVICIOS

FECHA DILIGENCIAMIENTO

DÍA	MES	AÑO

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL (Para las personas jurídicas esta información será la del representante legal)

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

Identificación tipo: C.C. C.E. T.I.

Fecha de Expedición

DÍA	MES	AÑO

Número _____ Expedida en _____

Fecha de Nacimiento

Lugar de Nacimiento

Nacionalidad

Año Mes Día

Dirección Residencia

Ciudad

Teléfono casa

Celular

DETALLE ACTIVIDAD

Asalariado Independiente Estudiante Rentista Socio Pensionado

Código de Actividad "CIU"

E-Mail

Ocupación / Profesión

Nombre Empresa donde Trabaja

Cargo que Desempeña

Dirección Empresa

Ciudad

Teléfono

E Mail

PERSONA JURÍDICA

Razón Social

NIT

Dirección Oficina Principal

Ciudad

Teléfono

Fax

Dirección Sucursal o Agencia

Ciudad

Teléfono

Fax

Tipo de empresa: Pública Privada Mixta Inversión extranjera Otra Cuál? _____

Código de Actividad "CIU"

E-Mail

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5 % DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR RELACIÓN)

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN

NUMERO

C.C. C.E. T.I. NIT.

C.C. C.E. T.I. NIT.

C.C. C.E. T.I. NIT.

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos \$

Total Pasivos \$

Ingresos Mensuales \$

Otros Ingresos \$

Concepto

Egresos Mensuales \$

Otros Egresos \$

Concepto

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza transacciones en moneda extranjera? SI NO

Tipo de Transacción: Importación Exportación

Inversiones Préstamos Transferencias Otros Cuál? _____

Tipo de Producto	Identificación ó Numero del Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.). _____
2. 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 de las contempladas en el Código Penal Colombiano
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. De manera irrevocable autorizo a POSITIVA Compañía de Seguros S.A., para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente ó que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este Formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas

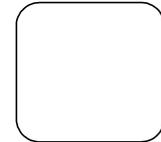
6. INFORMACIÓN BANCARIA

Entidad	Sucursal y Tel.	Tipo de Cuenta	Cuenta Número
---------	-----------------	----------------	---------------

7. FIRMA Y HUELLA

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

_____ **Firma Representante Legal del Proveedor ó Empleado**



Huella

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la entrevista _____

Fecha de la entrevista

DÍA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 Hora

Nombre Funcionario Responsable

Firma Funcionario Responsable

Resultado de la Entrevista

9. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación

DÍA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 Hora

Nombre y Cargo de quien verifica

Firma

Resultado de la Verificación
