



**FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO E INSCRIPCIÓN DEL  
CLIENTE – PROVEEDOR- CONTRATISTA-PERSONA JURIDICA  
SIPLAFT  
Versión 1.0**



Fecha: Mayo/17/17

PERSONA JURIDICA									
NOMBRE O RAZON SOCIAL					NIT - DV				
REPRESENTANTE LEGAL		FECHA DE EXPEDICION CEDULA			FECHA DE NACIMEINTO			LUGAR	
NOMBRE	C.C.	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO		
0		CIUDAD			TELEFONO		TIPO DE EMPRESA		
							PUBLICA	PRIVADA	MIXTA
SECTOR DE LA ECONOMIA		E-MAIL PARA NOTIFICACIONES			CIU		OBJETO SOCIAL		
INFORMACIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA (persona natural)									
PATRIMONIO (PESOS):					PASIVOS (PESOS):				
ACTIVOS (PESOS):					EGRESOS				
INGRESOS MENSUALES (PESOS):									
CONCEPTOS/OTROS INGRESOS:									
DECLARACION DE RENTA:		SI:			NO:		REGIMEN GENERAL:		REGIMEN ESPECIAL:
PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA * (persona natural) REPRESENTANTE LEGAL									
¿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 cargo o actividad goza de reconocimiento público?					SI			NO	
En caso de respuesta afirmativa, especifique:									
¿Existe un vínculo entre usted y una persona políticamente expuesta ?:					SI			NO	
Indique en caso de respuesta afirmativa (nombre completo e identificación):									
<p><i>*Son los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas, por ejemplo, jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos, definidos en el Decreto 1674 de 2016 del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República.</i></p>									
OPERACIONES INTERNACIONALES (persona jurídica)									
¿Realiza transacciones en moneda extranjera?					SI			NO	
<p><i>En caso afirmativo señalar con una X que tipo de transacciones:</i></p>									

En caso afirmativo señalar con una X que tipo de transacciones.						
IMPORTACIONES	EXPORTACIONES	INVERSIONES	PRESTAMOS	ENVIO Y/O RECEPCION DE GIROS	PAGO DE SERVICIOS	TRANSFERENCIA
<b>OTRA:</b>	<b>¿CUAL?:</b>					
<b>¿Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera?</b>					<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>TIPO DE PRODUCTO</b>	<b>N. DEL PRODUCTO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>MONTO</b>	<b>MONEDA</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>PAIS</b>
DECLARACIONES (persona jurídica)						
<p><b>Protección de datos financieros y personales:</b> Con la suscripción de este documento, autorizo a la Cooperativa de Transportadores del Huila Limitada, Cootranshuila Ltda. a que soliciten, procesen, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial conforme a lo dispuesto por la ley 1581 de 2012.</p>						
<p><b>Origen de los recursos:</b> Declaro que mis recursos provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique. Por ende, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incluido en la lista vinculante del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y la lista restrictiva de la OFAC, que no he sido vinculado a investigación ante cualquier autoridad y que el Hospital se encuentra facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes.</p>						
<p>Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo</p>					VERIFICACIÓN	
					HORA	FECHA
<p>su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado.</p>						
					<b>NOMBRE:</b>	
					<b>DOCUMENTO DE</b>	
					<b>NUMERO:</b>	
					<b>FIRMA:</b>	
					<b>CARGO:</b>	
					Se certifica que se llevó a cabo la verificación de la información	
					<b>SI</b>	<b>NO</b>
<p><b>FIRMA</b></p>					<p><b>ESPACIO PARA HUELLA</b></p>	
<b>NOMBRE</b>						
<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b>						
<b>NUMERO:</b>						
<b>FECHA:</b>	DD	MM	AA			

**OBSERVACIONES**

Información reservada para la Cooperativa de Transportadores del Huila Limitada – Cootranshuila Ltda

Verificación en Listas:

¿La persona verificada presenta coincidencia en listas?

SI

NO

En caso de ser positiva la respuesta indique en cual

**En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar por escrito al Superior Inmediato y al Oficial de Cumplimiento.**

Nombre del Profesional o Auxiliar Administrativo que realiza la verificación

AREA:

FECHA:

HORA:

**DOCUMENTACION ADICIONAL REQUERIDA**

**Persona Juridica**

**Persona Natural**

Certificado de Existencia y Representacion Legal (no mayor a 60 dias)

Fotocopia del Documento de Identidad

Registro Unico Tributario (RUT)

Registro Unico Tributario (RUT)

Fotocopia cédula de Representante Legal

2 Referencias Comerciales por escrito

Fotocopia Declaración de Renta último año

2 Referencias Bancarias por escrito

Ultimo Estado Financiero (Balance General y Estado de Resultados)

Estados Financieros año gravable anterior

2 Referencias Comerciales actualizadas por escrito

2 Referencias Bancarias actualizadas por escrito

Firma pagare y carta de instrucciones