

	FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS SARLAFT ASOCIACIÓN DE MUNICIPIOS DEL URABÁ ANTIOQUEÑO	VERSION: 01	EDICIÓN:
		CODIGO: GJ - F - 001	PÁGINA 1 DE 3

Fecha de Diligenciamiento	2 7 0 1 2 0 2 6	Ciudad	AGUACHICA	CESAR	Tipo de solicitud:	Nuevo <input checked="" type="checkbox"/>	Renovación <input type="checkbox"/>	Actualización <input type="checkbox"/>
Clase de vinculación con la UEN:	Trabajador <input checked="" type="checkbox"/>	Proveedor de Servicios <input type="checkbox"/>	Proveedor de suministros <input type="checkbox"/>					

1. PERSONA NATURAL													
Apellidos	NINO	RAMIREZ	Nombres	CRISTIAN	FELIPE								
CC	<input checked="" type="checkbox"/>	CE	<input type="checkbox"/>	TI	<input type="checkbox"/>	RC	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	No	1.065.871.746	Fecha de Nacimiento	2 0 1 2 1 9 8 7
Lugar de Nacimiento	AGUACHICA	Nacionalidad	COLOMBIANA	Ocupación/ Oficio	MEDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA								
Profesión	MEDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA	Teléfono		Celular	3187798379								
Dirección Residencia	CARRERA 15 No 12 A 15				Municipio	AGUACHICA							
Ingresos Mensuales					Egresos Mensuales								
Activos (pesos)					Pasivos (pesos)								
Patrimonio (pesos)					Otros ingresos (pesos)								
Concepto Otros Ingresos													

2. PERSONA JURÍDICA													
Nombre o Razón Social				NIT		DV							
Tipo de Empresa:	Pública <input type="checkbox"/>	Privada <input type="checkbox"/>	Mixta <input type="checkbox"/>	Sector de la Economía		CIU							
Tipo de contribuyente:	Régimen simplificado <input type="checkbox"/>	Régimen Común <input type="checkbox"/>	Grandes Contribuyentes <input type="checkbox"/>	Otras entidades <input type="checkbox"/>									
Fecha de constitución en Cámara de Comercio	D D M M A A A A			Correo electrónico empresarial									
Oficina Principal	Dirección			Municipio		Teléfono							
Sucursal/agencia	Dirección			Municipio		Teléfono							
Representante Legal	primer apellido		segundo apellido		primer nombre		segundo nombre						
CC	<input type="checkbox"/>	CE	<input type="checkbox"/>	TI	<input type="checkbox"/>	RC	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	No		Fecha de Nacimiento	D D M M A A A A
Identificación de asociados o accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (si requiere más espacio anexe relación)													
ID	Número ID	NOMBRES Y APELLIDOS	¿por su actividad o cargo administra recursos	¿por su actividad o cargo ejerce algún grado de	¿por su actividad o cargo goza de reconocimiento	¿Esta obligado a declaración tributaria en otro país(es)? Cuáles							
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								
Ingresos Mensuales				Egresos Mensuales									
Activos (pesos)				Pasivos (pesos)									
Patrimonio (pesos)				Otros ingresos (pesos)									
Concepto Otros Ingresos													

3. PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS - PEP			
¿Por su cargo maneja recursos públicos?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS	
Declaro expresamente que:	
1. 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.	
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.	
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.	
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):	
Origen	CONTRATISTA - MEDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA



**FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS
NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT
ASOCIACIÓN DE MUNICIPIOS DEL URABÁ ANTIOQUEÑO**

VERSION:
01

CODIGO:
GJ - F - 001

EDICIÓN:

PÁGINA 2 DE 3

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI ☐ NO ☒ Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Transferencias ☐ Otra ☐

Indique otras operaciones

¿Posee productos financieros en el exterior? SI ☐ NO ☒ ¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI ☐ NO ☒

Tipo de producto	Identificación del producto	Numero del producto	Entidad	Monto	Ciudad	Pais	Moneda

6. DECLARACION NO ENCONTRARSE EN LISTAS NACIONALES O INTERNACIONALES PARA EL CONTROL LA/FT

Con el diligenciamiento de este formato declaró que no me encuentro en ninguna lista restrictiva de las establecidas a nivel nacional o internacional en lo referente al lavado de activos o financiación del terrorismo; así mismo declaro que mis empleados, accionistas, miembros de la junta directiva o junta de socios, representantes legales y revisor fiscal (en caso de tenerlo), tampoco se encuentren reportado en ellas y así mismo genero el compromiso de actualizar la información cuando hubieren casos y reportarla a su organización.

7. CLAUSULA DE AUTORIZACION

Con la suscripción de este documento autorizo a la ASOCIACIÓN DE MUNICIPIOS DEL URABÁ ANTIOQUEÑO a:

1. Revelar mi informacion personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia como la UIAF o la Fiscalía General de la Nación
2. Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiación del terrorismo

Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones mi cargo, objeto de esta declaratoria no provienen ni provendrán de actividades ilícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, trafico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la republica, la moral o las buenas costumbres. Igualmente se genera un compromiso con la ASOCIACIÓN DE MUNICIPIOS DEL URABÁ ANTIOQUEÑO para implementar las acciones conducentes a evitar ser utilizados sin conocimiento o con consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades, por lo que se genera autorización para realizar las respectivas revisiones necesarias en las difernetes bases de datos

Como parte de las Políticas SARLAFT LA ASOCIACIÓN DE MUNICIPIOS DEL URABÁ ANTIOQUEÑO, podrá terminar de manera unilateral e inmediata los contratos que tenga consu entidad cuando el cliente, sus socios o sus accionistas y/o sus administradores llegaren a ser:

1. vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y financiación del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional.
 2. Sea incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera.
 3. Sea condeando por parte de las autoridades compententes en cualquier tipo de proceso judicial ralconado con la comisión d delitos de igual o similar naturaleza a los indicados en esta clausula.
- Quien suscribe este documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño a LA ASOCIACIÓN DE MUNICIPIOS DEL URABÁ ANTIOQUEÑO por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra LA ASOCIACIÓN DE MUNICIPIOS DEL URABÁ ANTIOQUEÑO por parte del suscriptor de las obligaciones que le apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como cualquier reclamo judicial, xtrajudicial y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra de LA ASOCIACIÓN DE MUNICIPIOS DEL URABÁ ANTIOQUEÑO por o en ocasión de dicho incumplimiento. De igual manera el Cliente se compromete a dar las explicaciones a que hubiere lugar originadas por el mencionado incumplimiento a LA ASOCIACIÓN DE MUNICIPIOS DEL URABÁ ANTIOQUEÑO y a los terceros que este le indique.

8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Fotocopia de documento de identidad de la persona natural o persona jurídica
2. Fotocopia del documento de identidad del representante legal
3. Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas jurídicas

<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

9. 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 presente documento



Huella

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

10. INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA ENTIDAD

Recopilación y verificación de información

Verificó en las siguientes listas

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | La cédula coincide con el nombre suministrado |
| <input type="checkbox"/> | Se confirman los datos registrados en el formato |
| <input type="checkbox"/> | Lista emitida por el Concejo de Seguridad de las Naciones Unidas: ONU |
| <input type="checkbox"/> | Lista SDN personas y empresas sancionadas por el Gobierno de EEUU |
| <input type="checkbox"/> | Lista de los más buscados por Interpol |
| <input type="checkbox"/> | Lista Antecedentes Judiciales Policia |
| <input type="checkbox"/> | Lista FBI |
| <input type="checkbox"/> | Otras |

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar al Oficial de Cumplimiento

ENCARGADO DE RECOPILAR LA INFORMACION

NOMBRE	
TD Y NUMERO	
CARGO	
EXTENCION	

ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACION

NOMBRE	
TD Y NUMERO	
CARGO	
EXTENCION	

FECHA

D	D	M	M	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---

HORA

--

FECHA

D	D	M	M	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---

HORA

--