Comfamiliar Nit. 891,480,000-1	FICHA CONOCIMIENTO DE CONTRAPARTES - CLIENTE	Código	1-FT-430
		Versión	5
		Vigente a partir	2024-05-01

Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SARLAFT/FPADM)

COMFAMILIAR RISARALDA requiere para el cumplimiento de las instrucciones normativas, de su parte el diligenciamiento del presente formulario. Este nos permite conocer de una manera puntual y concreta, el desarrollo de sus actividades, así mismo, cumplir con las directrices enmarcadas en el tema de Riesgos SARLAFT/FPADM.
Es indispensable y obligatorio para nuestra Entidad, que tanto nuestros clientes y demás Aliados Estratégicos, diligencien este formulario como pre-requisito para la relación comercial, social, o de prestación de algún servicio.

Tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

a) El formulario debe diligenciarse en su totalidad.
b) No se permiten borrones, tachones o enmendaduras.
c) En los campos en que la información no aplique a su caso, poner N/A.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	09 DIA	10 MES	2026 AÑO
CIUDAD	PEREIRA		
PERSONA NATURAL	X	PERSONA JURÍDICA	

TIPO DE REGISTRO	
VINCULACIÓN	X
ACTUALIZACIÓN	

VALOR DEL PAGO EN EFECTIVO	$6688000

1. DATOS GENERALES - PERSONA NATURAL

> Si el pago que realiza es del **Área de SALUD**: Registre los datos de la persona que efectua el pago.
> Si el pago que realiza es del **Área de SERVICIOS SOCIALES**: Registre los datos de la persona que adquirió el servicio.

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE (S)	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN (señale con una x)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN
C.C / C.E / OTRO ¿CÚAL?			
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	CIUDAD / TELÉFONO
OCUPACIÓN, PROFESIÓN U OFICIO	NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE TRABAJA	CARGO	CORREO ELECTRONICO
INSPECTORA DE TRABAJO			

2. DATOS GENERALES - PERSONA JURÍDICA

NIT	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	SECTOR DE LA ECONOMÍA	TELÉFONO	CIUDAD
816007249-9	MINISTERIO DEL TRABAJO DIRECCION TERRITORIAL		3014140090	PEREIRA

DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL	CODIGO CIIU	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA	CORREO ELECTRONICO
Calle 19 # 9 - 75, Edificio Palacio Nacional, Pisos 4 y 5, Pereira, Risaralda			dtrisaralda@mintrabajo.gov.co

TIPO DE SOCIEDAD: Anónima ( ) Limitada ( ) S.A.S ( ) ESAL ( ) OTRA ¿CÚAL? _____

TIENE SUCURSALES: SI ( ) NO ( ) ¿En dónde? _____

DATOS REPRESENTANTE LEGAL (Principal o Suplente)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE (S)	
ALVAREZ	CIFUENTES	JESSICA	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN (señale con una x)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN
C.C X / C.E / OTRO ¿CÚAL?	1.088.262.007		
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	
CIUDAD	TELÉFONO	CORREO ELECTRONICO	
		jalvarezc@mintrabajo.gov.co	

3. IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS FINALES, ACCIONISTAS O ASOCIADOS PRINCIPALES

Con Porcentaje de capital social o aporte IGUAL O SUPERIOR AL 5% (En caso que requiera otras casillas , adicionar una hoja con los mismos datos solicitados en el presente formato).

NOMBRE Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CIUDAD

Con Porcentaje de capital social o aporte IGUAL O SUPERIOR AL 25%. (En caso que requiera otras casillas, adicionar una hoja con los mismos datos solicitados en el presente formato).

NOMBRE Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	DIRECCIÓN	CIUDAD

4. DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

La calidad de Personas Expuestas Políticamente (PEP) se mantendrá en el tiempo durante el ejercicio del cargo y por dos (2) años más desde la dejación, renuncia, despido o declaración de insubsistencia del nombramiento, o de cualquier otra forma de desvinculación, o terminación del contrato.

¿Maneja recursos públicos? SI (X) NO ( ) ¿Ostenta algún grado de poder público? SI (X) NO ( ) ¿Tiene reconocimiento público? SI (X) NO ( )

Es una PEP: **a)** VIGENTE ( ) **b)** DESVINCULADA ( ) CARGO _____ Fecha vinculación _____ Fecha desvinculación

¿Realiza operaciones internacionales? SI ( ) NO (X) ¿Cúal? Importaciones ( ) Exportaciones ( ) Inversiones ( ) Préstamos ( ) Envío y/o Recepción de giros ( ) Pago de servicios ( ) Transferencias ( ) Otras ( )

¿Posee cuentas financieras en algún país extranjero en las que tenga derecho o poder de firma o de otra índole sobre alguna? SI ( ) NO ( ) ¿En qué país? _____

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente y de manera voluntaria que:

1. Los recursos que poseo provienen de actividades legales. **SI X** **NO _**

Dichos recursos provienen de las siguientes fuentes que detallo a continuación: PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACION **(Ocupacion, Oficio, Actividad o Negocio).**

2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando Comfamiliar Risaralda lo requiera.
SI X **NO** _____

3. Los recursos que ingresan a mi patrimonio:

a. ¿Son producto de lavado de activos (LA)? **SI** _____ **NO X**_____
b. ¿Se destinarán a la financiación del terrorismo (FT)? **SI** _____ **NO X**_____
c. ¿Se destinarán a la financiación para la proliferación de armas de destrucción masiva (FPADM)? **SI** _____ **NO** X

4. Declaro expresamente que conozco que las actividades de: Lavado de Activo y Financiación al Terrorismo **(LA/FT);** así como las actividades para la Financiación a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (**FPADM**), son ilegales. **SI X**_____ **NO** _____

6. MANIFESTACIÓN DE ENCARGADO - REALIZA ESTA DILIGENCIA EN NOMBRE DEL TITULAR DEL SERVICIO

Declaro que estoy obrando en representación de otra persona: **SI** _____

Si el pago que realiza es del Área de SALUD:

Nombre del Paciente _____ No. documento identidad Paciente _____

Si el pago que realiza es del Área de SERVICIOS SOCIALES:

Nombre del Cliente (persona que adquirió el servicio): _____ No. documento identidad Cliente _____

7. AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

COMFAMILIAR RISARALDA, dando cumplimiento a la Ley 1581 de octubre 17 de 2012 y demás normas que modifican, adicionan o complementan, sobre protección de datos personales, informa que los datos incluidos en este documento; serán custodiados, conservados y utilizados exclusivamente para la entrega de beneficios, envío de información de servicios, o relacionados con el vínculo comercial entre las partes, así mismo, con relacion a riesgos SARLAFT/FPADM, en caso de ser necesario por las disposiciones contempladas en normatividad vigente, esta información puede ser enviada a los Entes de Control o Judiciales Competentes; quedando autorizado con la respectiva firma, en forma libre, expresa y voluntaria. Lo anterior no impide al ejercicio de los derechos al acceso, rectificación, actualización y supresión de los datos personales en cualquier momento. Manifiesta igualmente el firmante que conoce que existe un manual de política de uso de datos de COMFAMILIAR RISARALDA, publicado en la página www.comfamiliar.com el cual se compromete a verificar.

8. FIRMA Y HUELLA

Declaro haber leído y entendido cada una de las preguntas aquí consignadas; así mismo, doy fé que las respuestas contienen información verídica, por lo tanto procedo con la firma del documento:

Cliente, usuario o encargado (Persona Natural o Representante Legal)

Jessica Alvarez C.

Firma y No. documento de identidad

Huella

9. OTRA INFORMACIÓN ADICIONAL

Nombre de la persona que diligenció este formulario J E S S I C A A L V A R E Z C I F U E N T E S _____ No. documento identidad 1 . 0 8 8 . 2 6 2 . 0 0 7 __

Espacio exclusivo para Comfamiliar Risaralda:

Funcionario que recepciona la Ficha 1-FT-430	
Nombre Completo	
Documento de identidad No.	
Proceso de la Institución al que pertenece	

Si presenta alguna inquietud con respecto al diligenciamiento de este documento, eleve su inquietud ante el Oficial de Cumplimiento, al correo idiaz@comfamiliar.com