



FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DE LA CONTRAPARTE

Clase de Vinculación	Proveedor Aliado Asociado		Fecha de diligenciamiento	AAAA	MM	DD
	Cliente		Vinculación Inicial			
	Trabajador / Administrador		Actualización Datos			

1. Datos y actividad económica persona natural

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombres:		
Número Documento de identidad: CC: <input type="checkbox"/> CE: <input type="checkbox"/> Pasaporte: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>	Lugar y fecha de Expedición:			
Asalariado:	Independiente:	Pensionado:	Otro:	Cuál:
Si es asalariado, nombre de la empresa donde trabaja:	Area:	CIUU:		
Nivel educativo:	Profesión:	Cargo:		
Ciudad:	Dirección:	Teléfono / Celular:		

Por favor responda si en la fecha presente, usted tiene (o en los 2 últimos años ha tenido) alguna de las siguientes calidades, posiciones o responsabilidades (PEP):

Cargo de elección popular:	SI	NO	Miembro fuerza pública:	SI	NO	Empleado empresas públicas*:	SI	NO	* Incluye funcionarios de las Empresas Públicas de Servicios Públicos Domiciliarios, las Empresas Sociales del Estado, las Empresas Industriales y Comerciales del Estado y las Sociedades de Economía Mixta.
Funcionario público:	SI	NO	Administra recursos públicos:	SI	NO	Miembro de la rama judicial:	SI	NO	
Notario público:	SI	NO	Curador Urbano:	SI	NO	Directivo partido o mov. político:	SI	NO	
Cargo de elección popular en otro país, empleado público en el extranjero o directivo de organismo internacional:	SI	NO							
Último cargo público desempeñado:	Fecha de retiro:			Usted se encuentra inhabilitado para ejercer cargos públicos:			SI	NO	
	AAAA			MM			DD		
Usted ha sido sancionado o condenado por autoridad competente por razones del cargo público desempeñado:	SI	NO	Tipo de sanción o condena:	Indique la fecha de la sanción o condena:					
	AAAA			MM			DD		

En caso que, el PEP tenga la condición de POSPENADO o de cualquier otra de las condiciones previstas en la Ley 2208 de 2022 o "Ley de Segundas Oportunidades" por delitos penales, deberá también diligenciar el Formato Único de Conocimiento y Compromiso de "Segundas oportunidades".

Su cónyuge, compañero/a permanente o algún familiar hasta en 2do grado de consanguinidad (abuelo, nieto, tío, sobrino), segundo de afinidad (cuñado/a, suegro/a) y primero civil (padre, madre o hijo/a adoptivo/a) tiene o ha tenido alguna de estas calidades, posiciones o responsabilidades en la fecha presente o en los últimos dos años? SI NO

De responder afirmativamente, especifique nombres completos, identificación, parentesco, y cargo o responsabilidad ejercido:

Realiza operaciones en moneda extranjera:	SI	NO	Posee cuentas en el exterior:	SI	NO	Si su actividad económica implica transacciones en moneda extranjera, señale el tipo de operación:
						Importación: <input type="checkbox"/> Exportación: <input type="checkbox"/> Préstamos: <input type="checkbox"/> Inversiones: <input type="checkbox"/> Pago de servicio: <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/>

2. Datos y actividad económica persona jurídica

Razón o denominación Social:	Nit:		
Información Representante Legal			
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombres:	
Documento de identidad:			
CC: <input type="checkbox"/> CE: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Cual:	Lugar y fecha de Expedición:	Nacionalidad:	
Dirección oficina principal:	Ciudad:	Teléfono - Celular:	Correo electrónico:

Identificación de los socios o accionistas personas naturales que posean 5% o más de participación en el capital social de la empresa.

Si existen accionistas o socios personas jurídica (que tengan 5% o más de participación), se debe enviar la composición accionaria de estos, hasta llegar a la persona natural beneficiaria final. Si el número de accionistas es superior a las filas de este formato, adjuntar el listado correspondiente.

Tipo de ID (CC, CE, otro)	Número de ID	Nombres completos	% de Participación	¿Tiene o ha tenido calidad de PEP? Si es así, especificar cargo (ver calidades, posiciones o responsabilidades en la sección para personas naturales de este formato)

Tipo de empresa Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>	Actividad económica Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Servicio de Salud <input type="checkbox"/> Servicio Financiero <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Agrícola <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cuál: <input type="text"/> Código CIUU: <input type="text"/>
--	---

Declaración Voluntaria de Origen de Fondos

Declaro / declaramos de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, con el propósito de contribuir en la prevención y control de riesgos LA/FT/PADM, que:

1. Los recursos que maneja la persona jurídica o mis recursos propios provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, profesión, actividad, negocio, etc)
2. Los recursos o bienes que se administran y se utilizarán para las actividades comerciales provienen de actividades lícitas.
3. No admitiré o admitiremos que terceros efectúen depósitos a mis o nuestras cuentas con fondos de origen no establecido ni provenientes de actividades ilícitas n iefectuare o efectuaremos transacciones relacionadas con tales actividades ilícitas o a favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Que cualquier falsedad, inexactitud o error en la información suministrada dará lugar al reporte de toda la información respectiva a las autoridades competentes conforme a la normatividad vigente, teniendo ustedes el derecho para terminar unilateralmente, de forma anticipada y sin que haya lugar a indemnización alguna a favor mío o nuestro, todos los contratos que hayamos celebrado.
5. Autorizamos el tratamiento de nuestros datos personales para hacer procesos de debida diligencia (incluyendo la intensificada).
6. Nos obligamos a notificar por escrito a ustedes con la mayor brevedad posible cualquier cambio en la información consignada en este formulario.
7. Toda la información suministrada en este documento es cierta, correcta, suficiente y completa.

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

Firma de la persona natural, representante legal o apoderado

Huella

Para uso exclusivo de SBO Lab

Nombre: <input type="text"/>	Cargo: <input type="text"/>	Identificación: <input type="text"/>
-------------------------------------	------------------------------------	---

Observaciones: