



**FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE PERSONAS
NATURALES Y JURIDICAS**

CODIGO	FR-PL-07
VERSION No.	1
PÁGINA	2 DE 2

INFORMACION TRIBUTARIA	AUTORETENED.	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	RESOLUCION	_____	IMPUESTO DE RENTA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	RESPONSABLE IVA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	CLASIF. DIAN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PROVEEDOR EXTRANJERO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	VENTAS ICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	SI NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REGIMEN COMUN REGIMEN SIMPLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GRAN CONTRIBUYENTE No. RESOLUCION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DESCRIPCION ESPECIFICA DE RELACION CON LA ENTIDAD (SERVICIO PRESTADO, MONTOS, LUGAR)	_____															

REFERENCIAS PERSONALES CLIENTES	EMPRESA	NOMBRE	CARGO	CIUDAD	TELEFONO
	_____	_____	_____	_____	_____

REFERENCIAS PRINCIPALES PROVEEDORES	EMPRESA	NOMBRE	CARGO	CIUDAD	TELEFONO
	_____	_____	_____	_____	_____

REFERENCIAS BANCARIAS	ENTIDAD	CIUDAD SUCURSAL	CUENTA			TELEFONO
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
			_____	_____	_____	_____
			_____	_____	_____	_____

SARA	Usted o alguna persona cercana han hecho parte de algún proceso de desmovilización, reincorporación o reintegración a la vida civil?	SI	NO
	No. Resolución	_____	_____
	Fecha de Resolución	_____	_____
	Integra Usted alguna organización que agrupe y agremie personas reincorporadas a la vida civil ?	SI	NO
	Información verificada en el sistema SARA	SI	NO

5. DOCUMENTACIÓN ANEXA A ESTA SOLICITUD

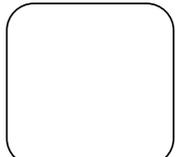
PERSONA JURIDICA	PERSONA NATURAL
1 Certificado existencia Camara de Comercio menor a 30 dias de expedición 2 RUT 3 Certificación Bancaria menor a 30 dias de expedición 4 Estados Financieros 2 ultimos años, con Notas 5 Ultima Declaración de Renta 6 Fotocopia de la cedula representante legal 7 Certificación Accionaria	1 RUT 2 Cedula de ciudadanía 3 Certificación Bancaria menor a 30 dias de expedición 4 Ultima Declaración de renta o certificación de no declararante 5 Certificación de ingresos

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTA SOLICITUD ES REAL Y VERIFICABLE Y ASUMO PLENA RESPONSABILIDAD POR LA INFORMACIÓN ERRÓNEA, FALSA O INEXACTA QUE HUBIERE PROPORCIONADO EN ESTE DOCUMENTO. ACEPTO QUE CUALQUIER ERROR O INEXACTITUD PODRÁ ACARREAR LA RESERVA DEL DERECHO DE ACEPTAR O RECHAZAR LA PRESENTE SOLICITUD Y A QUE NO SE ME DE EXPLICACIÓN ALGUNA NI RESPONDA LA PRESENTE SOLICITUD EN CASO DE RECHAZO DE LA MISMA; ASÍ MISMO DECLARO QUE LOS RECURSOS BIENES Y/O SERVICIOS QUE PROVEA, NO PROVIENEN DE NINGUNA ACTIVIDAD ILÍCITA DE LAS CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO O EN CUALQUIER NORMA QUE LO MODIFIQUE O ADICIONE. TAMBIÉN ME COMPROMETO A ACTUALIZAR MIS DATOS AL MENOS UNA VEZ AÑO O EN SU DEFECTO CADA VEZ QUE CAMBIE DE DOMICILIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL. POR TANTO, EXHIMO A LA ENTIDAD S.A.S. DE TODA RESPONSABILIDAD QUE SE DERIVE POR INFORMACIÓN ERRÓNEA, FALSA O INEXACTA QUE HUBIERE PROPORCIONADO EN ESTE DOCUMENTO O DE LA VIOLACIÓN DEL MISMO; ME COMPROMETO IGUALMENTE A CUMPLIR Y APLICAR TODOS LOS PROCEDIMIENTOS INTERNOS DEL SARLAFT DE LA ENTIDAD. LA APLICACIÓN PARCIAL O LA AUSENCIA DE EJECUCIÓN DE ESTOS PROCEDIMIENTOS POR PARTE DEL CONTRATISTA PODRÁ SER CAUSAL DE TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO. ASÍ MISMO AUTORIZO EXPRESA E IRREVOCABLEMENTE A LA ENTIDAD S.A.S. A QUE CONSULTE ANTES LAS ENTIDADES QUE MANEJEN Y/O ADMINISTREN BASES DE DATOS TALES COMO CENTRALES DE RIESGO Y SEA REPORTADO A LAS MISMAS DE SER NECESARIO, LISTAS DE CONTROL SARLAFT Y/O CUALQUIER OTRA LISTAS INFORMATIVAS. LA DOCUMENTACION EN ESTE FORMULARIO ES CIERTA Y VERIFICABLE. ME COMPROMETO A ACTUALIZARLA A LA ENTIDAD S.A.S. UNA VEZ AL AÑO. LOS DINEROS QUE LA ENTIDAD S.A.S. NO SERAN UTILIZADOS PARA DELITOS ASOCIADOS A LA FINANCIACION DEL TERRORISMO. LA IRMA DE ESTE DOCUMENTO EXPRESA LA LECTURA, ENTENDIMIENTO Y ACEPTACION TOTAL DE LA INFORMACION AQUI DILIGENCIADA.

6. AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS

SUS DATOS PERSONALES HAN SIDO Y ESTAN SIENDO TRATADOS ACORDE A NUESTRA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS , PARA MAYOR INFORMACION PODRA CONSULTAR NUESTRA POLITICA EN LA PAGINA WEN WWW.COODETRANSA.COOP.C. POLITICA DE DATOS.

LEY DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES : "LA AUTORIZACION SUMINISTRADA EN EL PRESENTE FORMULARIO FACULTA A COODETRANSA PARA QUE SUS DATOS AQUÍ RECOPIADOS TENGAN EL TRATAMIENTO SEÑALADO EN LA POLITICA DE PRIVACIDAD PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS " DE COODETRANSA , EL CUAL INCLUYE , ENTRE OTRAS, EL ENVIO DE INFORMACION PROMOCIONAL, ASI COMO LA INVITACION A EVENTOS, EL TITULAR DE LOS DATOS PODRÁ, EN CUALQUIER MOMENTO, SOLICITAR QUE LA INFORMACION SEA MODIFICADA, ACTUALIZADA O RETIRADA DE LAS BASES DE DATOS DE COODETRANSA.	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CIUDAD	_____	FECHA	_____	
NOMBRE	_____			
FIRMA	_____			

ESPACIO PARA USO INTERNO	DECLARO QUE LA INFORMACION CONTENIDA EN EL FORMULARIO FUE TOTALMENTE VERIFICADA Y QUE REALIZAMOS LOS PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS POR LA ORGANIZACIÓN Y LA LEY
	RESPONSABLE AREA COMERCIAL: NOMBRE _____ CARGO _____ FECHA _____
	RESPONSABLE AREA OPERATIVA: NOMBRE _____ CARGO _____ FECHA _____