



FORMATO DE CONOCIMIENTO DE TERCEROS

Código: MI-GCA-FO02

Versión: 004

Fecha Versión: 06/23/2020

(Por favor diligencie en letra imprenta sin tachones ni enmendaduras) Todos los campos de este formato son de carácter obligatorio.

Fecha de Solicitud MM / DD / AA	Ciudad	Tipo de Trámite: Desembolso Crédito <input type="checkbox"/> Codeudor <input type="checkbox"/>	Póliza: <input type="checkbox"/> Usuario <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Asegurado
------------------------------------	--------	--	---

Documentos Requeridos
- Adjuntar fotocopia legible de la cédula (Persona Natural)
- Camara de comercio No mayor a 30 días (Persona Jurídica)

INFORMACION GENERAL

PERSONA NATURAL

Nº Identificación	Tipo de Identificación C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>	Fecha de Expedición MM / DD / AA	Lugar de Expedición	Nacionalidad
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Fecha de nacimiento MM / DD / AA	Estado Civil : Casado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	Genero: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Ciudad de Nacimiento	
Nivel de Estudios:	Analfabetismo <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Tecnológica <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Universitaria <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>	Profesión:		
Ocupación o Actividad Económica	Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Cesante <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/>	Población Vulnerable: Desplazado <input type="checkbox"/> Reinsertado <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Comunidad Indígena <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/>		

PERSONA JURIDICA

Razón Social		NIT.		
Representante Legal: Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres		
Nº Identificación	Tipo de Identificación C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>	Fecha de Expedición MM / DD / AA	Lugar de Expedición	Nacionalidad
Fecha de nacimiento MM / DD / AA	Estado Civil : Casado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	Genero: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Ciudad de Nacimiento	

DIRECCIONES (Persona Natural/Jurídica)

Ciudad	Dirección	Barrio
Teléfonos: Residencia: _____ Oficina: _____		Celular: _____
Correo Electrónico Empresarial: _____ Personal: _____		

INFORMACION LABORAL (Persona Natural)

Nombre del la empresa donde trabaja _____	
Tipo de contrato:	Indefinido <input type="checkbox"/> Término fijo <input type="checkbox"/> Prestación de servicios <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál: _____
Cargo actual _____	Fecha de Ingreso _____ MM / DD / AA

RECURSOS Y OPERACIONES INTERNACIONALES (Persona Natural/Jurídica)

Usted desempeña o ha desempeñado en los últimos 24 meses cargos públicos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Posee Cuentas en el Exterior? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Moneda _____
	Banco _____ N° de Cuenta _____	Pais _____
Maneja recursos públicos o goza de reconocimiento público pertinente a cargos según el decreto 1674 de 2016? Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

INFORMACION PARA EL PAGO (Persona Natural/Jurídica)

Nº de cuenta bancaria	Banco	Tipo de cuenta
-----------------------	-------	----------------

INFORMACION FINANCIERA (Persona Natural/Jurídica)

Ingresos Mensuales:		Egresos Mensuales:	
Salario fijo	\$ _____	Gastos familiares	\$ _____
Comisiones	\$ _____	Cuotas Financieras	\$ _____
Otros ingresos	\$ _____	Otros egresos	\$ _____
TOTAL INGRESOS	\$ _____	TOTAL EGRESOS	\$ _____

Activos (Lo que Usted posee)		Pasivos (Lo que Usted debe)	
Inmueble	\$ _____	Crédito Consumo	\$ _____
Maquinaria	\$ _____	Crédito Comercial	\$ _____
Vehiculos	\$ _____	Crédito Vivienda	\$ _____
Valores Mobiliarios	_____	Tarjetas de Créditos	_____
Otros	\$ _____	Otros	\$ _____
TOTAL ACTIVOS	\$ _____	TOTAL PASIVOS	\$ _____

DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS

Manifiesto que todo lo consignado aquí es cierto, veraz y verificable y realizo la siguiente declaración de fondos a FESICOL con el propósito de dar cumplimiento a la circular externa N°. 061 del 14 de diciembre de 2007 expedida por la Superintendencia Financiera o cualquier otra que adicione, modifique o reemplace, en el estatuto orgánico financiero (Decreto 663 de 1993) y la ley 190 de 1995 (Estatuto Anticorrupción) y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de negocios y productos financieros. 1. Declaro que los recursos que entrego y poseo no previenen de ninguna actividad ilícita contemplada en el código civil colombiano. 2. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos de actividades ilícitas contempladas en el código civil colombiano o en cualquier otra forma que lo modifique o lo adicione, ni efectuaré transacciones a tales actividades de o a favor de personas relacionadas con las mismas. 3. Declaro que no he sido, no me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo.

AUTORIZACIÓN CONSULTA DE INFORMACION

Autorizo a FESICOL o a quienes representen sus derechos con carácter permanente e irrevocable para consultar, reportar y modificar de manera positiva o negativa ante la Asociación Bancaria o frente a cualquier central de información, o base de datos, la información o referencias que declaren o necesiten de mis ordenantes, beneficiario o tutores. Declaro que conozco y que cumpliré las normas que me obligan a actualizar mis datos personales e información financiera por lo menos una vez al año.

Bajo la gravedad de juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, y por el tiempo que se mantenga una relación con FESICOL. En constancia de haber leído, entendido y aceptado, lo firmo en el presente formato.

Eximo a FESICOL de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa o errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soportan mis afirmaciones.

TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre	Según lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 2012 y el Decreto 1377 de 2013, "Por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales", requerimos su autorización para el tratamiento de sus datos personales. Autorizo de manera expresa e irrevocable a FESICOL para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba y envíe mis datos personales, lo que incluye toda la información relativa a mi comportamiento crediticio, comercial y de servicios, así como los datos personales a los que tenga acceso en desarrollo de las finalidades previstas en la presente autorización.
Documento	
Firma	

PARA USO EXCLUSIVO DE FESICOL

ENTREVISTA

Empleado	Fecha: MM / DD / AA	Firma
Observaciones		

EMPLEADO CUMPLIMIENTO / CONSULTA

Empleado	Fecha: MM / DD / AA	Firma
Observaciones		

N° VERSION	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN, REVISIÓN O CAMBIOS	ELABORÓ	REVISO	APROBÓ
001	Elaboración	Jefe Unidad Desarrollo	Empleado de cumplimiento	Gerente
002	Modificación campos nivel de estudios, ocupación, cargos públicos y se agregaron campos en información financiera y se ajusto el texto de las aceptaciones para que no ingrese información	Jefe Unidad Desarrollo	Empleado de cumplimiento	Gerente
003	Se modifíco el campo de Población Vulnerable, incluyendo la opción N/A, se elimina el campo de la huella del espacio Tercero o Representante Legal	Jefe Unidad Desarrollo	Jefe Unidad de Riesgos	Gerente
004	Se elimina el campo de huella del espacio de Tercero o Representante Legal	Jefe Unidad Desarrollo	Jefe Unidad de Riesgos	Gerente