

En cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Normatividad Vigente emitida por la Superintendencia de la Economía Solidaria, este formato debe ser diligenciado completamente en letra imprenta con tinta negra, sin errores de enmendaduras o tachones.

1. INFORMACION GENERAL

PERSONA JURIDICA

RAZON SOCIAL					FECHA SOLICITUD			
IDENTIFICACION NIT () CC () CE () TI ()					NUMERO		CAMARA DE COMERCIO	
DIRECCION			CIUDAD	DEPARTAMENTO	COMUNA	BARRIO	TELEFONO	
DIRECCION DE ENVIO DE CORRESPONDENCIA			CIUDAD	DEPARTAMENTO	COMUNA	BARRIO	TELEFONO	
TOTAL INGRESOS MENSUALES \$	OTROS INGRESOS \$	TOTAL EGRESOS \$	TOTAL ACTIVOS \$			TOTAL PASIVOS \$		
ESPECIFIQUE OTROS INGRESOS			E-MAIL			PAGINA WEB		

2. CALIDAD TRIBUTARIA (Persona Juridica)

TIPO DE EMPRESA PRIVADA () PUBLICA () MIXTA ()		ACTIVIDAD ECONOMICA		CIID	
TIPO DE REGIMEN COMUN () SIMPLIFICADO ()		GRAN CONTRIBUYENTE SI () NO ()	AUTORRETENEDOR SI () NO ()		EXENTO IMPUESTO DE RENTA SI () NO ()

3. PERSONA NATURAL Y/O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre Completo	Identificación C.C. [] C.E. [] TI [] PAS []		FECHA DE NACIMIENTO	
	No. []		Expedida en []	
Lugar de Nacimiento (Ciudad y Departamento)	Nacionalidad	Dirección Residencia		Barrío
Ciudad/Departamento	Telefono Residencia	E-Mail		

4. CONTROL DE LAVADO DE ACTIVOS

Ha sido sancionado o investigado por procesos de Lavado de Activos y financiación del Terrorismo SI NO

Administra Recursos públicos? SI NO Ejerce algún grado de poder público SI NO Goza de reconocimiento público SI NO

Realiza usted operaciones en moneda extranjera? SI NO Cuáles? _____ Posee cuentas en moneda extranjera SI No. Cuenta _____ NO Banco _____ Ciudad _____ Moneda _____ País _____

Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera

_____ FIRMA CLIENTE HUELLA

5. REFERENCIAS BANCARIAS (Persona Juridica y/o Natural)

BANCO	SUCURSAL	CONTACTO	TELEFONO
BANCO	SUCUSAL	CONTACTO	TELEFONO

6. REFERENCIAS COMERCIALES (Persona Juridica y/o Natural)

EMPRESA	CONTACTO	TELEFONO
EMPRESA	CONTACTO	TELEFONO

7. MEDIO DE PAGO

Transferencia <input type="checkbox"/>	Cheque <input type="checkbox"/>	Ahorro <input type="checkbox"/>	Corriente <input type="checkbox"/>
No. Cuenta _____	Banco _____		

8. INFORMACION COMPLEMENTARIA (Persona Juridica)

FECHA LIMITE RADICACION DE FACTURAS	SOPORTE PARA RADICACION DE FACTURA	
CONTACTO TESORERIA	TELEFONO	E-MAIL

9. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACION CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro expresamente que:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupacion, oficio, actividad, negocio, etc.) _____
- Tanto mi actividad, profesion u oficio es licitay la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilicitas de las contempladas en el Codigo Penal Colombiano.
- La informacion que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- Autorizo (amos) expresa e irrevocablemente a FONMAIZ para que con fines de control, supervision y de informacion comercial consulte ante las Centrales de Riesgo Creditico del Sector Financiero o Real, referencias a mi nombre y/o sociedad representada.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran al lavado de activos y a la financiacion del terrorismo.

10. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la informacion que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

Firma del Representante Legal y/o Persona Natural

DD	MM	AA
Fecha diligenciamiento: _____		

11. DOCUMENTACION SOLICITADA

Documentación	Persona Juridica	Persona Natural
Copia del RUT	X	X
Copia Camara de Comercio con vigencia no inferior a 30 días.	X	
Fotocopia de la Cedula de Ciudadania Representante Legal	X	X

ESTIMADO CLIENTE: Según circular 006 del 25 de Marzo de 2014 expedida por la Supersolidaria, acerca de la prevención del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo se establece como requisitos mínimos la solicitud de esta información.

12. ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR FONDO DE EMPLEADOS FONMAIZ

Observaciones: _____

FECHA VERIFICACION DATOS.

DIA	MES	AÑO

Fecha verificación

DIA	MES	AÑO

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZA LA ENTREVISTA: _____

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN VERIFICO DATOS: _____

Aprobado	
SI	NO

Fecha verificación		
DIA	MES	AÑO

Vo.Bo.Gerencia _____