



FORMATO DE VINCULACION PROVEEDORES DE BIENES O SERVICIOS

Clase de Cliente	Proveedor <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/>	Fecha : DD MM AAAA	No. _____
INFORMACION GENERAL				
PERSONA NATURAL (Para personas jurídicas esta información será del Representante Legal)				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Fecha de Nacimiento	Lugar De Nacimiento	Nacionalidad	Sexo	Edad
Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/>			F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Tipo de Identificación		Lugar de Expedición	Fecha de Expedición de la Cedula	
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> No _____			Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	
Correo electrónico donde llegara su Estado de Cuenta		Teléfono	Celular	
Dirección Residencia		Departamento / Municipio	Declarante	
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Actividad Económica		Ocupación o Profesión	Código CIU	
Asalariado <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Socio <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Tipo Contrato		Empresa donde labora	Cargo	Dirección donde labora
T. Fijo <input type="checkbox"/> Culmi. obras <input type="checkbox"/>	T. Indefinido <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
PERSONA JURIDICA				
Razón Social	NIT.	Objeto Social		
Dirección Oficina Principal		Departamento / Municipio	Teléfono	Fax
Tipo de empresa : Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Inversión Extranjera <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual _____				
Representante Legal		C.C:	Email/Teléfono	
Contacto Asesor Comercial		C.C:	Email/Teléfono	
Contacto Tesorería		C.C:	Email/Teléfono	
RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA				
Actividad Económica CIU		Código CIU	Tarifa ICA	
Calidad Tributaria Régimen Común <input type="checkbox"/> Régimen Simplificado <input type="checkbox"/>				
Agente de Retención	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Resolución No. _____ Fecha _____		
Gran Contribuyente	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Resolución No. _____ Fecha _____		
Autoretenedor	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Resolución No. _____ Fecha _____		
Entidad Sin Animo de lucro	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
INFORMACIÓN FINANCIERA				
Ingresos Mensuales Derivados de su Actividad Principal		\$	Total Activo \$	
Otros Ingresos (Especificar)		\$	Total Pasivo \$	
Egresos Mensuales		\$	Total Patrimonio \$	
Posee cuentas en moneda extranjera SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> , en ese caso diligenciar la siguiente información				
Banco	No Cuenta	Ciudad	País	Moneda
AUTORIZACION ENTIDAD FINANCIERA PARA PAGO				
Entidad Financiera	Cuenta No.	Tipo Cuenta Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	Ciudad	Sucursal
REFERENCIAS BANCARIAS				
Banco	No. Cuenta	Dirección	Teléfono	
Banco	No. Cuenta	Dirección	Teléfono	
REFERENCIAS COMERCIALES				
Razón Social	Contacto	Email/ Teléfono		
Razón Social	Contacto	Email/ Teléfono		

Trabajamos por el beneficio del asociado



FORMATO DE VINCULACION PROVEEDORES DE BIENES O SERVICIOS

DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS

Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos a "FEP UNIATLANTICO", con el fin de cumplir con las disposiciones señaladas en su Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de Financiación del Terrorismo:

1. Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad y ocupación.
2. No admitiré que terceros vinculen mi actividad con dineros, recursos o activos relacionadas con el delito de lavado de activos o destinatarios a la financiación del terrorismo.
3. Eximo a "FEP UNIATLANTICO", 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 soporten mis afirmaciones.
4. Autorizo a "FEP UNIATLANTICO" para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario.
5. Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en "FEP UNIATLANTICO" tienen procedencia lícita y están soportadas con el desarrollo de actividades legítimas.
6. No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con el Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo.
7. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice, suministrando la información documental exigida por "FEP UNIATLANTICO", para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

DECLARACION DE PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE (PEP)

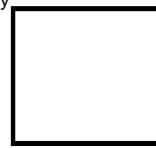
Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos veinticuatro (24) meses cargos o actividades en los cuales:

-¿Maneja recursos públicos o tengan poder de disposición sobre estos?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
-¿Tiene o goza de reconocimiento público?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
-¿Tiene grado de poder público o desempeña una función pública prominente o destacada en el estado relacionada con alguno de los cargos descritos en el decreto 1674 de 2016?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Fotocopia legible de documento de identificación al 150%	<input type="checkbox"/>	Estados Financieros ultimo corte fiscal	<input type="checkbox"/>
Certificado de Existencia y Representación vigencia de un mes	<input type="checkbox"/>	Certificación Bancaria Original y Vigente (Autorizo Pago)	<input type="checkbox"/>
Fotocopia del RUT.	<input type="checkbox"/>	Certificación comercial	<input type="checkbox"/>
Declaración de Renta último periodo	<input type="checkbox"/>		

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y confirmo los datos suministrados y actualizarlos anualmente.



HUELLA

FIRMA DEL SOLICITANTE

Nota: Diligenciar cada uno de los campos en letra de imprenta sin enmendaduras ni tachones.

Clausula Informativa: De acuerdo con la ley estatutaria 1581 de 2012 de protección de datos y con el decreto 1377 de 2013, le informamos que sus datos consignados en el presente formulario serán incorporados en una base de datos responsabilidad de FONDO DE EMPLEADOS Y PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO, siendo tratados con la finalidad de mantener actualizada la información de nuestros asociados. De igual modo, se le informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las necesidades de definida en la política de tratamiento o desarrollada por el FONDO DE EMPLEADOS Y PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO, a la cual se puede tener acceso en nuestra página web. Usted puede ejercer los derechos de acceso, corrección, supervisión, revocación o reclamo por infracción sobre sus datos mediante escrito dirigido a FONDO DE EMPLEADOS Y PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO a la dirección de correo electrónico fepuniatlantico@mail.uniatlantico.edu.co indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar o mediante correo ordinario remitido al KM 7 Antigua Vía a Puerto Colombia. Oficina Fondo de Empleados y Profesores. FEP

ESPACIO PARA USO DEL FONDO

VERIFICACIÓN	Observaciones
Lugar _____ Fecha DD MM AAAA Hora _____ Nombre Funcionario Responsable: _____ C.C. _____ Cargo _____ Firma _____	