

Código: FR-DE-009

Fecha: 05/02/2021

Versión: 06

PROCESO **Direccionamiento estratégico**

La Universidad CES, en calidad de vigilado por la autoridad competente en materia de SARLAFT conforme a la Circular Externa 00009 del 21 de abril de 2016, es responsable de implementar un Sistema de Gestión de Riesgos de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. Por lo tanto, la información que usted proporcione en el presente formulario, es muy importante y va en coherencia con la normatividad aplicable en esta materia. Agradecemos tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- 1) El formulario debe diligenciarse completamente.
- 2) Es posible que alguna información no aplique, en cuyo caso así deberá expresarse escribiendo N/A.
- 3) Si el tipo de documento es OTRO, por favor indíquelo.

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD: Toda la información personal y financiera de quien diligencia y firma el presente formulario (EL TITULAR), será tratada como Información Confidencial, aplicando los parámetros de confidencialidad, reserva y secreto de acuerdo con la normatividad vigente en Colombia. La Universidad CES, en adelante EL RECEPTOR, se obliga a mantener como confidencialidad, bajo reserva y secreto, toda información que conozca, acceda, intercambie, cree u obtenga en el diligenciamiento del presente formulario. Así mismo, EL RECEPTOR mantendrá la información de modo confidencial y privado y se abstendrá de reproducirla o darla a conocer. La obligación de confidencialidad, reserva y secreto, se mantendrá hasta por cinco (5) años, contados a partir de la terminación formal del relacionamiento entre EL TITULAR y EL RECEPTOR.

FECHA DEL DILIGENCIAMIENTO TIPO DE CLIENTE O USUARIO PERSONA NATURAL PERSONA JURÍDICA

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL			
TIPO DE DOCUMENTO	C.C. <input type="text"/>	NIT <input type="text"/>	C.E. <input type="text"/>
	OTRO <input type="text"/>		NO. DOCUMENTO
	CUÁL? <input type="text"/>		
PERSONA NATURAL		PERSONA JURÍDICA	
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA
			LUGAR DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN RESIDENCIA/ BARRIO		REPRESENTANTE LEGAL	
TELEFONO/ CELULAR		NOMBRE COMPLETO	
PROFESIÓN/OFICIO/OCUPACIÓN		NO. IDENTIFICACIÓN	
		DIRECCIÓN	
		TELEFONO/ CELULAR	

2. CUESTIONARIO PEPs

* "Una Persona Políticamente /Públicamente Expuesta - PEPs es aquella que desempeñó o ejerce actualmente un cargo o función pública relevante para un país, por ejemplo: Jefes de Estado o de Gobierno, políticos de alto nivel, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alto nivel, rectores de universidades nacionales, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos y personas con reconocimiento público."

¿Declara usted que tiene la condición de ser una persona políticamente expuesta - PEP*?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, proporcione por favor los nombres, cargos, vínculo familiar y entidades en las que fue o es funcionario de la entidad pública.
¿Es o fue un funcionario, empleado de una entidad pública controlada por el gobierno?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Goza usted de algún reconocimiento público?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Existe algún vínculo familiar entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿ Maneja recursos públicos?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>

3. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CLIENTE

INGRESOS MENSUALES	<input type="text"/>	EGRESOS MENSUALES	<input type="text"/>	CONCEPTO POR OTROS INGRESOS
PATRIMONIO	<input type="text"/>	OTROS INGRESOS MENSUALES	<input type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

¿Realiza alguna de las siguientes operaciones internacionales? Marque las casillas que corresponda:

Ninguna Exportaciones Importaciones Inversiones Transferencia Pagos de servicios Préstamos Envío y/o recepción de giros

Indique en este espacio el concepto de pago realizado a la Universidad CES.

Valor a pagar

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	\$	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
--	----	--

4. DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS

De manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones a la Universidad CES:

- 1) Tanto mis actividades, mi profesión u oficio son lícitas, las ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas, en las contempladas en código penal o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique.
- 2) Declaro y acepto que la Universidad CES está en la obligación legal de solicitar las aclaraciones que estime pertinente en el evento en que se presenten circunstancias con base en las cuales se pueda tener dudas razonables sobre mis transacciones, así como el origen de mis activos, evento en el cual suministraré las aclaraciones que sean del caso.

ORIGEN DE FONDOS *Especificar de donde provienen el origen de sus fondos.

5. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Universidad CES le informa que sus datos personales serán almacenados, en nuestras bases de datos, y tratados para mantener una comunicación permanente y eficaz con usted sobre las actividades de la universidad o en las que ésta participe directa o indirectamente. Puede verificar finalidades específicas en el artículo 8 de la Política de Tratamiento de Información de la Universidad CES. Puede consultar nuestra política visitando la página web <http://www.ces.edu.co/>. Si usted desea conocer, corregir, actualizar, rectificar o suprimir los datos que nos ha suministrado, o revocar la presente autorización, puede revisar el artículo 15 de la Política y conocer el procedimiento detallado, o si lo prefiere escribanos un correo electrónico a habeasdata@ces.edu.co indicándonos su solicitud, o comuníquese al teléfono (57 4) 444 05 55 extensión 1665. Conociendo lo anterior, manifiesto mi autorización expresa, previa y voluntaria para el tratamiento de mis datos por la Universidad CES.

Autorizo a la Universidad CES, a consultar y verificar mis datos en las centrales de información y/o bases de datos públicas, especialmente en las listas establecidas para el control y prevención de Lavado de Activos y la Financiación de Terrorismo.

6. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado en el presente documento, declaro que la información que he suministrado es veraz y procedo con la firma del documento

<p>_____</p> <p>FIRMA</p>	<p><input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/></p> <p>HUELLA DACTILAR</p>
---------------------------	---

CAMPO EXCLUSIVO POR EL PERSONAL DE LA UNIVERSIDAD CES

7. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL CLIENTE	8. DILIGENCIAR EN CASO DE REQUERIR AMPLIAR INFORMACIÓN SOBRE EL CLIENTE
Fecha: <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/> Hora: <input type="text"/>	OBSERVACIONES:
Nombre del empleado:	
Cargo:	
Firma:	