

Razón social de la Organización Solidaria FONDO DE EMPLEADOS EDUCADORES DEL QUINDIO Sigla FACEQUIN LTDA  
 Oficina ARMENIA - QUINDÍO
**A. PERSONAS NATURALES**

Nombres:		Numero de identificación														
Apellidos:																
fecha de nacimiento		Nacionalidad				TIPO	RC	<input type="checkbox"/>	CC	<input type="checkbox"/>	TI	<input type="checkbox"/>	CE	<input type="checkbox"/>	PAS	<input type="checkbox"/>
dd	mm	año					Fecha de expedición		Lugar de expedición							
Lugar de nacimiento		dd	mm	año												
Departamento						Municipio										
Dirección domicilio																
Departamento						Municipio										
correo electrónico						Teléfono fijo						Celular				
Nombre de la empresa donde labora																
Nombre del representante legal o apoderado del asociado (si aplica)																
N° identificación del apoderado del asociado (si aplica)																
Cargo					Dirección Trabajo											
Departamento						Municipio										
Teléfonos						Ocupación, oficio o profesión										
¿Administra recursos públicos?		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>											
Identifique si el solicitante es una PEP (Persona Expuesta Públicamente)		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>											
Descripción actividad económica						CIU										

**INFORMACION FINANCIERA (\$)**

Ingresos mensuales derivados de su actividad principal		
Otros ingresos (especificar):		
*		
*		
*		
*		
*		
Total activos		
Total pasivos		
Total patrimonio		

B. PERSONAS JURIDICA										
Razón social										
NIT		Certificado de existencia y representación								
País de constitución de la persona jurídica		Teléfono fijo								
Dirección domicilio		Teléfono Celular								
Departamento		Municipio								
Nombre completo del Representante legal:										
N° Identificación del representante legal		Tipo	CC	<input type="checkbox"/>	TI	<input type="checkbox"/>	CE	<input type="checkbox"/>	PAS	<input type="checkbox"/>
Dirección domicilio		Teléfonos								
Departamento		Municipio								
Tipo de empresa		Privada	<input type="checkbox"/>	Publica	<input type="checkbox"/>	Mixta	<input type="checkbox"/>			
Actividad económica										
Nombre o razón social y N° de identificación de los accionistas que tengan una participación directa o indirecta superior al (5%) del capital social, aporte o participación. (Incluir el porcentaje de participación de cada accionista)										
1		CC	<input type="checkbox"/>	PAS	<input type="checkbox"/>	Numero		( %)		
2		CC	<input type="checkbox"/>	PAS	<input type="checkbox"/>	Numero		( %)		
3		CC	<input type="checkbox"/>	PAS	<input type="checkbox"/>	Numero		( %)		
4		CC	<input type="checkbox"/>	PAS	<input type="checkbox"/>	Numero		( %)		
5		CC	<input type="checkbox"/>	PAS	<input type="checkbox"/>	Numero		( %)		

INFORMACION FINANCIERA (\$)	
Ingresos mensuales derivados de su actividad principal	
Detalle de otros ingresos no operacionales o derivados de otra actividad:	
*	
*	
*	
*	
Egresos mensuales	
Total activos	
Total pasivos	
Total patrimonio	

C. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA							
¿Realiza operaciones en moneda extranjera?		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	CUALES	
¿Posee cuentas en moneda extranjera?		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	BANCO	
				N° DE CUENTA			
				MONEDA			
				CIUDAD	PAIS		
FIRMA *				HUELLA*			

\*La Organización podrá usar los mecanismos electronicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.

CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERIDICA Y AUTORIZO A AL FONDO DE EMPLEADOS PARA QUE LA VERIFIQUE. ESTOY INFORMADO DE MI OBLIGACION DE ACTUALIZAR ANUALMENTE LA INFORMACION QUE SOLICITE LA ENTIDAD POR CADA PRODUCTO O SERVICIO QUE UTILICE. AUTORIZO AL FONDO DE EMPLEADOS PARA QUE CONSULTE Y REPORTE INFORMACION A LAS CENTRALES DE RIESGO.

DECLARO QUE MIS INGRESOS Y BIENES PROVIENEN DEL DESARROLLO DE MI ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL. \*DECLARO QUE EL ORIGEN DE LOS RECURSOS Y DEMAS ACTIVOS PROCEDEN DEL GIRO ORDINARIO DE ACTIVIDADES LICITAS.

FIRMA*				HUELLA*			
--------	--	--	--	---------	--	--	--

FECHA DILIGENCIAMIENTO: dd mm año

\*La Organización podrá usar los mecanismos electronicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.

D. ESPACIO PARA USO DE LA ORGANIZACIÓN SOLIDARIA			
OBSERVACIONES			
FECHA DE REALIZACION ENTREVISTA dd mm año			
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA ENTREVISTA			
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN			
FECHA VERIFICACION INFORMACION dd mm año			

DOCUMENTOS ANEXOS		PN	PJ
Fotocopia del documento de identificación		X	
Constancia de ingresos (honorarios, laborales, certificación de ingresos y retenciones)		X	
Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a 3 meses			X
Fotocopia del Número de Identificación Tributaria NIT			X
Fotocopia del documento de identificación del Representante legal			X