

		Vinculación de Proveedores - PTEE										Código: Cor-Fo-3		
		Programa de Transparencia y Ética Empresarial										Fecha: 15/04/2025		
		Versión: 3												
Fecha de diligenciamiento		DD	MM	AAAA	Ciudad			Tipo de Solicitud		Nuevo	Actualización			
<b>1. PERSONA NATURAL</b>														
Apellidos Completos						Nombres Completos								
Documento de Identidad		C.C.		C.E.		No.		Fecha de Expedición		DD	MM	AAAA	Lugar de Expedición	
Fecha de Nacimiento		DD	MM	AAAA	Lugar de Nacimiento			Sexo		M	F	ND	Nacionalidad	
Dirección de Residencia						Departamento				Ciudad				
E-mail						No. Teléfono fijo				No. Celular				
Actividad Económica														
Empresa donde labora				Cargo				Dirección de la Empresa				Teléfono de la Empresa		
<b>2. PERSONA JURIDICA</b>														
Nombre o Razón Social						NIT								
Representante Legal		Primer Nombre			Segundo Nombre			Primer Apellido			Segundo Apellido			
Tipo de Identificación		C.C.		C.E.		No.		Fecha de Expedición		DD	MM	AAAA	Lugar de Expedición	
Fecha de Nacimiento		DD	MM	AAAA	Lugar de Nacimiento			Sexo		M	F	ND	Nacionalidad	
Dirección de la Oficina						Ciudad				Teléfono y Fax				
Tipo de Empresa		Pública		Privada		Mixta	Sector de la Economía							
Actividad Económica						Correo Electrónico								
Accionistas o Asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación														
Tipo de Identificación		No. De Documento	Nombres y Apellidos		¿Por su actividad o cargo administra recursos públicos?		¿Por su actividad o cargo ejerce algún grado de poder público?		¿Por su actividad o cargo administra recursos públicos?					
					SI	NO	SI	NO	SI	NO				
<b>3. INFORMACIÓN FINANCIERA</b>														
Declaración de los Orígenes de los Ingresos														
Ingresos Mensuales (\$)				Egresos Mensuales (\$)										
Activos (\$)				Pasivos (\$)										
Patrimonio (\$)				Otros Ingresos (\$)										
Concepto de otros ingresos:														
<b>4. IDENTIFICACIÓN DE PEP'S Y OPERACIONES INTERNACIONALES</b>														
¿Ostenta la calidad de PEP's - Persona Expuesta Públicamente / Politicamente?								SI	NO	En caso de que la respuesta sea afirmativa, por favor diligenciar el formato PEPs				
¿Realiza Operaciones Internacionales?								SI	NO	Describa el tipo de operación, ejemplo: importaciones, exportaciones, inversiones, préstamos, envío y/o recepción de giros, pagos de servicios, transferencias, entre otras.				
<b>5. DECLARO EXPRESAMENTE QUE:</b>														
<p>1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal, y los recursos que poseo no son provienen de actividades ilícitas de las contempladas en Código penal Colombiano.</p> <p>2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.</p> <p>3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran al lavado de activos, ni a la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.</p> <p>4. Autorizo a Comfanorte a realizar cualquier consulta en las bases de datos de las entidades de control nacionales e internacionales que sea requerida para verificar mi información personal, financiera y jurídica.</p>														
Al diligenciar este documento autorizo a CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL NORTE DE SANTANDER - COMFANORTE, ubicada en AVENIDA 1 CALLE 9 # 0-95 ESQUINA y con teléfono 5823455, para que recolecte, almacene, use, circule y/o suprima mis datos personales y los de mis representados, incluyendo el tratamiento de datos sensibles y de menores de edad aun conociendo que no estoy obligado a autorizarlo, para dar cumplimiento a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Información disponible en <a href="http://www.comfanorte.com.co">www.comfanorte.com.co</a> , la cual declaro conocer y saber que en esta se especifican cuáles datos son sensibles. Así mismo, conozco que como titular me asisten los derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos y revocar la autorización. Igualmente declaro contar con la autorización para suministrar la información de los titulares de datos referidos en el presente formulario para las finalidades incluidas en la política mencionada.														
Nombre Completo del Proveedor o Prestador						Firma								
<b>6. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO</b>														
Fecha de Verificación		DD	MM	AAAA	Hora			Nombre y Cargo de quién verifica						
								Firma						
Resultado de la Verificación		Aceptada			Rechazada			Observaciones Generales:						
Adjuntar la siguiente documentación. (Marque con una X los documentos anexados):														
<input type="checkbox"/> Cámara de Comercio o Certificación de existencia y Representante legal (no mayor a 3 meses)														
<input type="checkbox"/> Fotocopia Cedula de Ciudadanía Representante Legal.														
<input type="checkbox"/> Estados Financieros comparativos.														
<input type="checkbox"/> RUT actualizado														