	<b>FORMULARIO ÚNICO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE</b>		<b>GCM-FT-21 VERSION 8</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>PERSONA JURÍDICA</b>		<input type="checkbox"/> <b>PERSONA NATURAL</b>	
<b>PAGINA 1 DE 3</b>				

Fecha diligenciamiento		Registro inicial	<input type="checkbox"/>	Actualización datos	<input type="checkbox"/>
------------------------	--	------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CLIENTE					
PERSONA JURÍDICA					
Razón Social				NIT	
Tipo de Empresa:	Publica: <input type="checkbox"/>	Privada: <input type="checkbox"/>	Mixta: <input type="checkbox"/>	Sector de la economía:	
Dirección de la Oficina Principal	Departamento		Municipio:		Teléfono:
Dirección de la Sucursal / Agencia	Departamento		Municipio:		Teléfono:
REPRESENTANTE LEGAL					
Apellidos			Nombres		
CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	RC <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	Numero de Documento de Identidad	
Lugar y fecha de nacimiento:				Ocupación, oficio o Profesión	
Dirección:				País:	
Departamento:	Ciudad:			Barrio:	
E-mail:				Teléfono:	
PERSONA POLÍTICA Y/O PÚBLICAMENTE EXPUESTA (Marque una X donde corresponda)					
Maneja recursos públicos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tiene un cargo de poder público? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Goza de reconocimiento público? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
PERSONAL NATURAL					
Apellidos			Nombres		
CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	RC <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	Numero de Documento de Identidad	
Lugar y fecha de nacimiento:				Ocupación, Oficio o Profesión:	
Ciudad residencia:				Dirección:	
E-mail:				Teléfono:	
PERSONA POLÍTICA Y/O PÚBLICAMENTE EXPUESTA (Marque una X donde corresponda)					
Maneja recursos públicos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tiene un cargo de poder público? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Goza de reconocimiento público? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
COMPOSICIÓN ACCIONARIA (ASOCIADOS O ACCIONISTAS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS APOORTE O PARTICIPACIÓN)					
No de Identificación:	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI	<input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO	Nombres y Apellidos / Razón Social		Maneja recursos públicos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Goza de reconocimiento publico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tiene un cargo de poder publico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
No de Identificación:	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI	<input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO	Nombres y Apellidos / Razón Social		Maneja recursos públicos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Goza de reconocimiento publico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tiene un cargo de poder publico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
No de Identificación:	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI	<input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO	Nombres y Apellidos / Razón Social		Maneja recursos públicos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Goza de reconocimiento publico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tiene un cargo de poder publico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
No de Identificación:	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI	<input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO	Nombres y Apellidos / Razón Social		Maneja recursos públicos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Goza de reconocimiento publico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tiene un cargo de poder publico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
No de Identificación:	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI	<input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO	Nombres y Apellidos / Razón Social		Maneja recursos públicos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Goza de reconocimiento publico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tiene un cargo de poder publico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si el espacio proporcionado no es suficiente, adjuntar Composición Accionaria de la Compañía Firmada por el Revisor Fiscal					
PRINCIPALES CARGOS DE LA COMPAÑÍA					
No de Identificación:	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD	Nombres y Apellidos		Cargo	Maneja recursos públicos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Goza de reconocimiento publico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tiene un cargo de poder publico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
No de Identificación:	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD	Nombres y Apellidos		Cargo	Maneja recursos públicos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Goza de reconocimiento publico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tiene un cargo de poder publico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
No de Identificación:	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD	Nombres y Apellidos		Cargo	Maneja recursos públicos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Goza de reconocimiento publico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tiene un cargo de poder publico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
No de Identificación:	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD	Nombres y Apellidos		Cargo	Maneja recursos públicos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Goza de reconocimiento publico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tiene un cargo de poder publico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
No de Identificación:	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD	Nombres y Apellidos		Cargo	Maneja recursos públicos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Goza de reconocimiento publico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tiene un cargo de poder publico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

INFORMACIÓN COMERCIAL									
Nombre comercial:							País:		
Departamento:					Ciudad Origen Despachos:				
Contacto:					Cargo:				
Página Web:					Email:				
TIPO DE CLIENTE									
<input type="checkbox"/> Clínica		<input type="checkbox"/> Hospital		<input type="checkbox"/> I.P.S.		<input type="checkbox"/> Caja de Compensación		<input type="checkbox"/> Comercializador	
<input type="checkbox"/> Distribuidor de Medicamentos y D.M.		<input type="checkbox"/> Servicios asistenciales		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Otros. ¿Cuál?			
INFORMACIÓN DE PAGOS Y ACUERDOS COMERCIALES									
Condiciones de Pago		1. Contado <input type="checkbox"/> 2. Crédito <input type="checkbox"/>		Plazo (en días)		<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> Otro _____		Descuento _____ %	
Entidad Financiera				Tipo de cuenta		1. Ahorros <input type="checkbox"/> 2. Crédito <input type="checkbox"/>		Número de cuenta	
INFORMACIÓN FINANCIERA DE LA COMPAÑÍA									
Ingresos Mensuales				Egresos Mensuales				Otros Ingresos	
Concepto Otros Ingresos									
Activos				Pasivos				Patrimonio	
								Fecha Corte Estados Financieros	
INFORMACIÓN DE IMPUESTOS									
<b>RÉGIMEN</b> <input type="checkbox"/> Común <input type="checkbox"/> Simplificado <input type="checkbox"/> Gran Contribuyente					<b>ACTIVIDADES ECONÓMICAS</b> Resolución No. _____				
<b>RETENCIONES</b> RENTA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>Tarifa:</b> Compras <input type="text"/> % Servicios <input type="text"/> % Otros <input type="text"/> % IVA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>Tarifa:</b> <input type="text"/> % ICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>Tarifa:</b> <input type="text"/> %					Código CIU Ppal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Código CIU Secundario <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> AUTORETENEDOR Resolución No. _____ <input type="checkbox"/> RÉGIMEN SIMPLIFICADO <input type="checkbox"/> NO Motivo no retención _____				
En caso de ser AUTORETENEDOR, GRAN CONTRIBUYENTE o ser una entidad EXENTA del ICA debe adjuntar una copia de la resolución									
IDENTIFICACIÓN REGULACIONES DEL CLIENTE									
1. Cuenta con alguna regulación específica en materia de prevención en lavado de activos y financiación al terrorismo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									
Si su respuesta es <u>SI</u> , indiqueCuál ?									
2. Si pertenece al sector Salud, según la Circular externa 018, especifique a cual criterio pertenece: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D2 <input type="checkbox"/>									
3. Cuenta con mecanismo de Control para la adecuada identificación de sus Contrapartes <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									
Si su respuesta es <u>SI</u> , indiqueCuál ?									
ESPACIO DILIGENCIADO POR LA ENTIDAD									
Perfil de Riesgo LAFT del Proveedor: <input type="checkbox"/> Perfil de Riesgo Alto <input type="checkbox"/> Perfil de Riesgo Bajo									
REFERENCIAS COMERCIALES									
Adjuntar dos referencias comerciales con fecha de expedición no mayor a 30 días									
Razón Social Empresa		Teléfono		Ciudad		País		Actividad Económica	
REFERENCIAS BANCARIAS									
Adjuntar dos referencias comerciales con fecha de expedición no mayor a 30 días									
Entidad		País		Ciudad		Número de Cuenta		Tipo de Cuenta	
								<input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente	
								<input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente	

### AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS

Yo \_\_\_\_\_, autorizo de forma libre, previa, expresa e informada a DUANA & CIA LTDA., persona jurídica privada con domicilio principal en la **CALLE 9 B No. 42 - 115** de Cali, Colombia, identificada con NIT **830.080.649-2**, cuyo objeto social principal es **Comercio al por mayor de productos farmacéuticos, medicinales, cosméticos y de tocador**, para que recolecte, almacene, use, procese, suprima, transmita y/o transfiera a terceros mis datos personales, para realizar los siguientes tratamientos a mis datos de carácter personal:

1. Utilizar los datos de carácter personal de los proveedores para realizar un correcto proceso de pago respecto a facturas y cuentas de cobro presentadas a DUANA & CIA LTDA., en su calidad de responsable del tratamiento.
2. Utilizar en el evento que sea necesario, los datos personales del proveedor con el fin de establecer controles de acceso a la infraestructura lógica o física.
3. Utilizar en el evento que sea necesario, los datos personales del trabajador del proveedor con el fin de establecer controles de acceso a la infraestructura lógica o física.
4. Cumplir cualquier otra obligación legal que se encuentre a cargo de DUANA & CIA LTDA.

### DERECHOS QUE LE ASISTEN COMO TITULAR DE DATOS PERSONALES.

**DUANA & CIA. LTDA.**, le informa que usted como titular de datos de carácter personal, podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, prueba de autorización y oposición en cualquier momento, dirigiendo su queja o reclamo a través canales habilitados, los cuales son identificados como: Correo electrónico a la siguiente dirección electrónica: [contabilidad@duanaltda.com](mailto:contabilidad@duanaltda.com) indicando en el asunto: CONSULTA/RECLAMO DE HABEAS DATA conforme a la POLÍTICA DE PRIVACIDAD publicada en nuestra página web. Recuerde que usted deberá indicar en el asunto "habeas data" indicando sus nombres completo y documento de identificación.

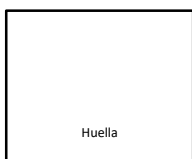
### DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con el documento de identidad No. \_\_\_\_\_ expedido en \_\_\_\_\_ obrando en nombre propio y/o como representante legal de \_\_\_\_\_ Nit. \_\_\_\_\_

de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fuente de Fondos:

1. Los recursos que manejo y mis recursos propios provienen de las siguientes fuentes ( Detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc.)  
\_\_\_\_\_
2. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. No admitiré que terceros efectúen depósitos a nombre mío, con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con la mismas.
4. La información suministrada en este formulario corresponde a la realidad y autorizo su verificación ante cualquier persona pública o privada sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación con DUANA & CIA LTDA. o con quien representare sus derechos.
5. Autorizo a DUANA & CIA LTDA. a cancelar contrato y/o relación comercial que mantenga con la sociedad que represento en el caso de comprobarse cualquier infracción de las normas legales tendientes al control de lavado de activos de acuerdo con la legislación colombiana vigente y eximo a DUANA & CIA LTDA. de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que hubiera proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.  
Prometo someterme a las condiciones de venta establecidas por DUANA & CIA LTDA. y autorizo a la entidad DUANA & CIA LTDA. o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar, solicitar y divulgar a la central de información CIFIN, que administra la asociación bancaria y entidades financieras de Colombia, o a cualquier otra entidad que maneje o administre base de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejara en las mencionadas base de datos, en donde se consignen de manera de completa, todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero y en general, frente al incumplimiento de mis obligaciones.

En contancia de lo anterior, se firma el presente documento a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_



FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O PROPIETARIO

NOMBRE: \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PERSONA QUE DILIGENCIA EL FORMULARIO

Nombre: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_