



CONOCIMIENTO DE CONTRAPARTES: ANEXO AL CONTRATO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	No. FORMULARIO		
TIPO DE VINCULACIÓN: PROVEEDOR <input type="checkbox"/> DISTRIBUIDOR <input type="checkbox"/> COLABORADOR <input type="checkbox"/>							
TODOS LOS CAMPOS DE ESTE DOCUMENTO DEBEN QUEDAR COMPLETAMENTE DILIGENCIADOS. POR LO ANTERIOR, EN AQUELLOS ESPACIOS EN LOS CUALES NO TENGA INFORMACIÓN PARA RELACIONAR, POR FAVOR ESCRIBA N/A (NO APLICA) .							
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (SI APLICA)							
NOMBRES		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN (C.C. Cédula Ciudadanía; C.E. Cédula Extranjería; P.A. Pasaporte; T.E. Tarjeta de Extranjería; R.C. Registro Civil) MARQUE CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA.							
C.C.	C.E.	P.A.	T.E.	R.C.	OTRO	¿Cuál? _____	
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DÍA MES AÑO			LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO		LUGAR DE NACIMIENTO
TELÉFONO:			CELULAR:		RESPONSABLE FACT.ELECTRONICA:		
CORREO ELECTRÓNICO FACTURACIÓN ELECTRÓNICA:							
POR SU CARGO O ACTIVIDAD:							
No.	MARQUE CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA:					SI	NO
1.	¿ES PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP o PEP EXTRANJERA)?						
2.	¿ES REPRESENTANTE LEGAL DE UNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL?						
3.	¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO?						
4.	¿ADMINISTRA O DISPONE RECURSOS PÚBLICOS?						
5.	¿EXISTE ALGÚN VINCULO (FAMILIAR O COMERCIAL) ENTRE USTED Y UNA PEP?						
6.	¿USTED DESEMPEÑA U OSTENTA ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO?						
7.	¿USTED HA DESEMPEÑADO ALGÚN CARGO PÚBLICO?						
INFORMACIÓN DE LOS REPRESENTANTES LEGALES SUPLENTE REGISTRADOS EN LA CÁMARA DE COMERCIO							
POR SU CARGO O ACTIVIDAD:							
Nombres y apellidos	Tipo de documento de identificación y No.	¿Administra recursos públicos? (Conteste si o no)	¿Ejerce algún grado de poder público? (Conteste si o no)	¿Goza de reconocimiento público? (Conteste si o no)	¿Presenta declaración tributaria en otro país? (Conteste si o no)	¿Es un PEP (*) o tiene vínculo personal con un PEP? (Conteste si o no)	

<p>En caso que alguna persona haya contestado afirmativamente si es un PEP o tiene algún vínculo personal con un PEP, por favor complemente la respuesta indicando qué cargo ejerce directamente, o la persona con la que tiene un vínculo, y el tipo de vínculo:</p>						
INFORMACIÓN FINANCIERA						
<p>La información corresponde a: Estados Financieros <input type="checkbox"/> Declaración de renta <input type="checkbox"/> Corte de la información financiera Año _____ Mes _____</p>						
Ingresos mensuales		Otros ingresos mensuales		Detalle de otros ingresos mensuales (estos ingresos son originados por actividades diferentes a la principal)		
\$		\$				
Total ingresos mensuales		Total egresos mensuales		Total activos		Total pasivos
\$		\$		\$		\$
INFORMACIÓN TRIBUTARIA						
MARQUE CON UNA X SEGUN CORRESPONDA						
TIPO DE EMPRESA	PRIVADA	<input type="checkbox"/>	PÚBLICA	<input type="checkbox"/>		
REGIMEN TRIBUTARIO	GRAN CONTRIBUYENTE	<input type="checkbox"/>	NO RESPONSABLE DE IVA	<input type="checkbox"/>		
	RÉGIMEN COMÚN	<input type="checkbox"/>	RÉGIMEN SIMPLE	<input type="checkbox"/>		
	RÉGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL	<input type="checkbox"/>				
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL						
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA IMPUESTOS NACIONALES						
CONCEPTO RETEFUENTE (Honorarios, servicios, compras, etc):				TARIFA RETEFUENTE A APLICAR (11%, 4%, 2,5%, etc):		
CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA IMPUESTO DISTRITAL				TARIFA RETENCION POR ICA (0,966%, 0,414%, 1,104%, etc)		
REFERENCIAS BANCARIAS						
Nombres y apellidos completos		Cargo		Teléfono		
REFERENCIAS COMERCIALES						
Nombres y apellidos completos		Ocupación	Dirección	Celular		
OPERACIONES INTERNACIONALES						
Realiza operaciones internacionales: SI _____ NO _____						
Tipo de operaciones internacionales que normalmente realiza:						

Pago de servicios____; importaciones____; exportaciones____; transferencias____; inversiones____; préstamos____; envíos y recepción de giros____; Otro_____¿Cuál? _____

INFORMACIÓN SOBRE SOCIOS O ACCIONISTAS

POR SU CARGO O ACTIVIDAD:

Nombre y apellido/ razón social (Indique % de participación)	Tipo de documento de identificación y No.	¿Administra recursos públicos? (Conteste si o no)	¿Ejerce algún grado de poder público? (Conteste si o no)	¿Goza de reconocimiento público? (Conteste si o no)	¿Presenta declaración tributaria en otro país? (Conteste si o no)	¿Es un PEP (*) o tiene vínculo personal con un PEP? (Conteste si o no)

En caso que alguna persona haya contestado afirmativamente si es un PEP o tiene algún vínculo personal con un PEP, por favor complemente la respuesta indicando qué cargo ejerce directamente, o la persona con la que tiene un vínculo, y el tipo de vínculo:

INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIARIOS FINALES (**)

Indique a continuación la(s) persona(s) natura(les) que finalmente pese(n) o controla(n) a la persona jurídica:

Nombre y apellido	Tipo de documento de identificación y número	Control que ejerce (indicar porcentaje superior a 5% o más del capital o los derechos de voto y/o beneficio de un 5% o más de los rendimientos, utilidades o activos)

INFORMACIÓN REVISORES FISCALES (REGISTRADOS EN CÁMARA DE COMERCIO Y RUT)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD:

Nombre y apellido / Razón Social	Tipo de documento de identificación y No.	¿Administra recursos públicos? (Conteste si o no)	¿Ejerce algún grado de poder público? (Conteste Si o No)	¿Goza de reconocimiento público? (Conteste si o no)	¿Presenta declaración tributaria en otro país? (Conteste si o no)	¿Es un PEP (*) o tiene vínculo personal con un PEP? (Conteste si o no)

En caso que alguna persona haya contestado afirmativamente si es un PEP o tiene algún vínculo personal con un PEP, por favor complemente la respuesta indicando qué cargo ejerce directamente, o la persona con la que tiene un vínculo, y el tipo de vínculo:

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes en materia del Sistema de Autocontrol y Gestión del Riesgo Integral de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (SAGRILAFT) de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones:

- Los recursos o bienes utilizados en el desarrollo de nuestros negocios provienen de las siguientes actividades lícitas:



2. No admitimos que terceros efectúen depósitos en nuestras cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas ni efectuamos transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
3. Todos los ingresos que percibimos provienen de negocios lícitos.
4. Ni los representantes legales, socios o accionistas, contador, revisor fiscal, directivos ni empleados encargados del manejo de nuestra cuenta con DXN COLOMBIA S.A.S. nos encontramos en ninguna lista de personas reportadas o bloqueados por actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad, ni estamos involucrados en ninguna investigación por ninguno de los hechos anteriores.
5. Las actividades que pretendemos realizar con DXN COLOMBIA S.A.S. no representan conflicto de intereses respecto de las actividades de mi representada, sus miembros de junta directiva o accionistas, ni de las mías propias actuales, ni de mis vinculaciones con entidades públicas o privadas.

FIRMA DE FORMULARIO

Firma del Representante Legal o Persona Natural

Nombre legible

- Con mi firma declaro que he suministrado información veraz y verificable. De igual forma me comprometo a actualizar mis datos y de la empresa que represento por lo menos anualmente o en el momento que se requiera, suministrando el soporte documental y demás información exigida por DXN COLOMBIA S.A.S.

- Protección, consulta y reporte de información

De acuerdo a lo estipulado en el decreto 1377 de 2013 que reglamenta la ley 1581 de 2012, en mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente autorizo de manera expresa a DXN COLOMBIA S.A.S., o a quien representa sus derechos, a consultar toda la información que se refiera a comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios. Manifiesto de manera expresa, que me han informado del tratamiento al que serán, sometidos mis datos y su finalidad los cuales básicamente se utilizarán para la consulta en las diferentes bases de datos correspondientes a las listas para prevenir y gestionar riesgos de LA/FT/FPADM.

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Los documentos indicados a continuación deberán ser presentados con el presente formulario diligenciado y firmado.

No.	DOCUMENTO	VERIFICACIÓN
1.	Certificado de existencia y representación legal no mayor a 60 días	
2.	Registro Único de Proponentes (RUP)	
3.	Registro Único Tributario (RUT)	
4.	Declaración de renta del último periodo	
5.	Estados financieros con sus notas del último periodo	
6.	Certificación del contador sobre origen de fondos	
7.	Certificaciones bancarias nacionales	
8.	Certificaciones bancarias internacionales (si maneja cuentas en el exterior)	
9.	Certificado de antecedentes de Policía Nacional de representantes legales, miembros de junta directiva y accionistas personas naturales.	
10.	Certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación de representantes legales, miembros de junta directiva y accionistas personas naturales.	
11.	Certificado de antecedentes de Contraloría General de representantes legales, miembros de junta directiva y accionistas personas naturales.	

ANÁLISIS USO EXCLUSIVO DE DXN COLOMBIA S.A.S.

Nombre Completo de quien recibe y verifica la información	Fecha y Hora de Verificación
---	------------------------------

¿Hubo Coincidencia en Listas? SI _____ NO _____

¿Recomienda usted el vínculo con la empresa? SI _____ NO _____

En caso negativo indicar razones a continuación:

NOTAS

- (1) El diligenciamiento de este formato no compromete a DXN COLOMBIA S.A.S. para iniciar un vínculo contractual, comercial o cualquier otro vínculo con la parte interesada.