



**CABARCAS  
SARMIENTO S.A.S**  
Tu Concesionario de Confianza

## FORMATO CONOCIMIENTO DE TERCEROS SAGRILAFT

Código:

F01

Versión:

1

Fecha:

7/9/2021

### 1. INFORMACION GENERAL

#### PERSONA NATURAL

(Para las personas jurídicas esta información será la del representante legal)

Nombres y apellidos  
completos:

**asdfasdf Prado Rodriguez**

No.

**1063080139**

Identificación:

C.C.

C.E.

T.I.

Expedida  
en:

**47000**

Fecha de  
expedición:

**23**

**09**

**2022**

Fecha de  
nacimiento:

Lugar de  
nacimiento:

Nacionalidad:

**COLOMBIANA**

Dirección de  
residencia:

**Registrado**

Ciudad:

Teléfon  
o fijo:

**042450**

Celular:

### DETALLE DE LA ACTIVIDAD

Asalariado

Independiente

Estudiante

Rentista

Socio

Pensionado

Código de  
actividad CIIU

Correo  
electrónico:

**luisprador759@gmail.com**

Ocupación /  
profesión:

**asdfasdf**

Nombre de la  
empresa donde  
trabaja:

**asdfasdf**

Cargo  
desempeñado:

**asdfasdf**

Dirección  
empresa:

**asdfasdf**

Ciudad:

Teléfono:

**213123**

Correo  
electrónico:

**luisprador759@gma**

## PERSONA JURÍDICA

Razón  
Social:

NIT:

Dirección  
oficina  
principal:

Ciudad

Teléfono:

Correo  
electrónico:

Código  
CIIU

Tipo de  
empresa:

Pública

Privada

Mixta

Inversión  
extranjera

Otra

Cual?

## 2. IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACION

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION			NUMERO
	C.C.	C.E.	NIT	

## 3. INFORMACION FINANCIERA

Total  
activos

\$0

Total  
pasivos

\$0

Ingresos  
mensuales

Otros  
ingresos

Concepto:

Egresos  
mensuales

\$0

Otros  
egresos

Concepto:

## 4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza  
transacciones en  
moneda  
extranjera?

SI

NO

Tipo de  
transacción:

Importación

Exportación

Inversiones

Préstamos

Transferencias

Otros

Cual?

Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

## 5. PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE

¿Por su cargo maneja recursos públicos?

SI

NO

¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?

SI

NO

¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general?

SI

NO

¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?

SI

NO

¿Tiene 2° de afinidad y 2° de Consanguinidad  
(Padres, hermanos, esposa, primos, suegros, cuñados o concuñados) con PEP?

SI

NO

## 6. INFORMACION BANCARIA

Entidad	Sucursal	Teléfono sucursal	Tipo de cuenta	No. de Cuenta

## 7. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes ( Detalle ocupación, oficio, actividad,negocio,etc)

---

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el código penal Colombiano.
3. La Información que he suministrado en este documento es veraz, verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. Autorizo a Cabarcas Sarmientos SAS para solicitar, consultar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente o que se encuentre debidamente autorizado para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales la información contenida en este formato. Esta información es confidencial y puede ser solicitada por la Superintendencia de Sociedades o demás autoridades competentes en Colombia.

#### 8. AUTORIZACION CONSULTAS CENTRALES DE RIESGO

En mi calidad de titular de la información, actuando libre y voluntariamente, autorizo a CABARCAS SARMIENTO SAS, NIT 900331740-7, o a quien represente sus derechos, con domicilio principal en la Cra 3 No 37-71, en Montería (Córdoba), teléfono 3235996414, para consultar a través de cualquier fuente, realizar por cualquier medio la comunicación previa al reporte de información negativa y reportar a Data crédito o en cualquier otra central de información de riesgo, las informaciones y referencias relativas a mi nombre y/o la sociedad que represento, comportamiento y crédito comercial, hábitos de pago, manejo de cuenta (s) y en general, al cumplimiento de mis obligaciones pecuniarias. Igualmente en mi calidad de Titular de la información, actuando libre y voluntariamente, autorizo a CABARCAS SARMIENTO SAS, o quien represente sus derechos, y/o a Experian Colombia S.A. (en adelante Data Crédito Experian), Carrera 7 No. 76- 35 en Bogotá D.C., tel 3191400, o quien represente sus derechos, a acceder a mis datos personales contenidos en la base de datos Aportes en Línea (Aportes En Línea S.A.900147238-2), Colfondos y/o administradoras de pensiones y demás Operadores de información de seguridad social autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, a mis datos

personales recolectados por medio del presente formulario y a mis datos personales contenidos en la base de datos de DataCrédito Experian (Operador de información crediticia), en adelante mi información personal, para darle tratamiento en los términos expresados en la Política de Tratamiento de la Información Personal de CABARCAS SARMIENTO SAS, o quien represente sus derechos y/o DataCrédito Experian, y para finalidades de gestión de riesgo crediticio tales como: (1) elaboración y circulación a terceros de scores crediticios, herramientas de validación de ingresos, herramientas predictivas de ingresos, herramientas para evitar el fraude y en general, herramientas que le permitan a los Suscriptores de DataCrédito Experian, adelantar una adecuada gestión del riesgo crediticio. (2) Compararla, contrastarla y complementarla con la información financiera, comercial, crediticia, de servicios y proveniente de terceros países de DataCrédito Experian. (3) Compararla, contrastarla y complementarla con la información personal de Mi datacrédito.

#### 9. AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO DATOS PERSONALES ,VISITAS DOMICILIARIAS, NOTIFICAR POR CUALQUIER MEDIO

Declaro además, que entrego de forma libre, voluntaria y doy mi autorización expresa para que CABARCAS SARMIENTO SAS, identificada con Nit. 900331740-7, en lo sucesivo "La Compañía", actuando como responsable del tratamiento de los datos personales y considerando lo dispuesto por la ley 1581 de 2012, el decreto reglamentario 1377 de 2013, decreto único 1074 de 2015, ley 1266 de 2008 y demás normas que los adicionen, modifiquen o deroguen y al manual de políticas de protección de datos personales, diseñados por la compañía, trate mis Datos Personales, con la finalidad de medir niveles de satisfacción, informar sobre campañas de servicio, comunicar campañas promocionales, realizar encuestas, realizar recordatorio para mantenimientos, ejecutar campañas de fidelización, enviar invitaciones a eventos, rifas, realizar actualización de datos, invitar a pruebas de vehículos, ofrecimiento de productos y servicios, comunicar noticias de las marcas que comercialicen y de la red de ventas y servicios, comunicar información relacionada con productos para la financiación en la adquisición de bienes y servicios y para realizar inspecciones domiciliarias, registros de evidencias y verificación de los datos por mi suministrados para el trámite del crédito

#### 10. AUTORIZACION CONSULTA EN LISTAS NACIONALES O INTERNACIONALES PARA EL CONTROL LA/FT

1. Acepto la verificación de Sagrilaft realizada por Cabarcas Sarmiento SAS, de manera que velaré por su cumplimiento manteniendo los controles para evitar que Cabarcas Sarmiento SAS sea utilizado en actividades ilícitas. Acepto que CABARCAS SARMIENTO SAS, a que, en caso de incumplimiento de lo anterior, de por terminado unilateralmente, y sin que haya lugar a indemnización alguna a favor mío, todos los contratos que haya celebrado con dicha empresa.
2. Que informaré inmediatamente de cualquier circunstancia que modifique la presente declaración.
3. Que toda información suministrada en este documento es cierta.

#### 11. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior.

Firma del representante legal, cliente, o proveedor Huella  
Indice Derech

Huella Indice Derecho

#### 12. ESPACIO ESCLUSIVO PARA LA ENTIDAD

Verificación de la información

Nombre del colaborador  
quien verifica:

Cargo:

Regional:

fecha verificación