

Fecha de diligenciamiento

Surcursal _____
 Actualización Vinculación

La solicitud de vinculación deberá estar diligenciada totalmente, sin enmendaduras ni tachones, con espacios en blanco anulados.

1. DATOS GENERALES

Razón social			
<input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____	Documento de constitución <input type="checkbox"/> Escritura pública <input type="checkbox"/> Documento privado <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____	Fecha <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>	Ciudad / Municipio
No. _____	No. _____		Departamento
Sociedad Extranjera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	No. TIN (No. de ID Tributario Americano o su equivalente)		
Dirección de notificación			
Ciudad / Municipio	Departamento	País	Teléfono fijo
Dirección oficina principal			
Ciudad / Municipio	Departamento	País	Teléfono fijo
Contacto	Correo electrónico para notificaciones	Envío de correspondencia <input type="checkbox"/> Dirección oficina <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Dirección de notificación	Obligado a tributar en otro país <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Teléfono celular para notificaciones	_____	_____	¿Cuál? _____
País del teléfono celular	Página Web		
_____	_____		
Representante Legal Nombres / Apellidos			
Nacionalidad <input type="checkbox"/> COL <input type="checkbox"/> COL/U.S. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? _____	Documento de identificación <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____	Número identificación	Expedición documento Fecha <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/> Ciudad / País
			Fecha de Nacimiento <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/> Lugar de Nacimiento (Ciudad / País) Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo	Reside en Colombia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO País de residencia <i>Si NO reside en Colombia</i> Tiempo de residencia	Dirección de residencia / Domicilio permanente Teléfono fijo	
		Ciudad / Municipio	Departamento País
Contacto	Goza de reconocimiento público <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tiene algún vínculo con funcionarios de Alianza Fiduciaria S.A. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Teléfono celular _____	Maneja recursos públicos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nombre del funcionario	
País del teléfono celular _____	Ocupa o ha ocupado cargos públicos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____	
Correo electrónico _____			

2. CLASIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Actividad <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Financiero <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Construcción	Sector <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Mixto Administra recursos públicos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Es autorretenedor? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO No. Resolución (Anexar copia) _____ Es gran contribuyente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Régimen contribuyente de renta <input type="checkbox"/> Ordinario <input type="checkbox"/> Especial
Si la entidad no está sujeta a retención en la fuente para los productos que va a adquirir en Alianza Fiduciaria S.A. , favor anexar el documento que certifique la calidad tributaria que así lo determine.		
Actividad económica	CIU	
La entidad está vigilada por alguna superintendencia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	La entidad es un organismo financiero extranjero? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Cuál? _____	La entidad es un organismo multilateral? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Fecha de corte <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>	La información debe estar en pesos Colombianos (COP)
Activos \$ _____	Egresos operacionales mensuales \$ _____
Pasivos \$ _____	Egresos no operacionales mensuales \$ _____
Patrimonio \$ _____	Utilidad / pérdida operacional \$ _____
Ingresos operacionales mensuales \$ _____	Utilidad / pérdida neta \$ _____
Ingresos no operacionales mensuales \$ _____	Descripción de ingresos y egresos no operacionales:

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Obrando en representación legal de la entidad, de manera voluntaria manifiesto que todo lo aquí consignado es cierto y realizo la siguiente declaración de fuente de fondos a Alianza Fiduciaria S.A., con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Básica Jurídica, expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia, o cualquier otra que adicione, modifique o reemplace, la ley 90 de 1995 (Estatuto anticorrupción), el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (decreto 663 de 1993) y demás normas legales relacionadas. Declaro que los recursos y/o bienes provienen de:

<input type="checkbox"/> Desarrollo actividad económica <input type="checkbox"/> Ingresos Laborales <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Dependencia de un tercero	<input type="checkbox"/> Préstamo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Entidad bancaria Nombre de la entidad _____	Ahorros <input type="checkbox"/> Depositados en entidades bancarias <input type="checkbox"/> En efectivo	<input type="checkbox"/> Pensión Nombre de la empresa _____	<input type="checkbox"/> Retiro de cesantías Nombre de la empresa _____
<input type="checkbox"/> Venta de inmueble: Dirección: _____				
<input type="checkbox"/> Arrendamiento: <input type="checkbox"/> Inmuebles: <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Lote <input type="checkbox"/> Otro Dirección: _____				<input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____
<input type="checkbox"/> Muebles: <input type="checkbox"/> Vehículo <input type="checkbox"/> Otro Descripción: _____				
Declaro que los recursos que entrego en nombre de mi representada, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano o en cualquier forma que lo modifique o adicione. No admitiré que terceros efectúen depósitos a las cuentas de mi representada con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré en nombre de mi representada, transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo a cancelar los productos que mi representada, tenga en Alianza Fiduciaria S.A. en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o de notación del mismo.				

5. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES CLIENTES Y POTENCIALES CLIENTES Y REPORTE EN CENTRALES DE RIESGO.

Autorizo de manera libre, expresa, inequívoca e informada, a **Alianza Fiduciaria S.A.** o a quien represente sus derechos en los términos del literal a) del artículo 6 de la ley 1581 de 2012, para que realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, y en general, el tratamiento de mis datos personales con fines: realización de contactos, estudios estadísticos, compartir información con terceros que colaboran con la entidad, compartir información con Alianza Valores S.A. Sociedad Comisionista de Bolsa y que para el cumplimiento de sus funciones deben acceder en alguna medida a la información tales como: proveedores del servicio de mensajería, entidades de administración y gestión de cobranza y profesionales que colaboran con la entidad en la recuperación de la cartera. Solo en aquellos casos en que yo sea deudor de **Alianza Fiduciaria S.A.**, de los fondos de inversión colectiva o de los negocios fiduciarios por ella administrados, autorizo que dichos fines se extiendan a: (i) gestión y administración de recuperación de cartera productiva e improductiva, (ii) recopilación de información de deudores y acreedores respectivos, (iii) realizar reportes y consultas de las obligaciones vigentes o en mora a las centrales de riesgo crediticio legalmente establecidas. Declaro que se me ha informado de manera clara y comprensible que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos personales proporcionados, a solicitar prueba de esta autorización, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a mis datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de mis datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. Declaro que conozco y acepto el manual de tratamiento de datos personales de **Alianza Fiduciaria S.A.** y que la información por mí proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Mediante la firma del presente documento, manifiesto que reconozco y acepto que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de mis datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante **Alianza Fiduciaria S.A.**, como responsable del tratamiento, cuya página web es: www.alianza.com.co y su teléfono de atención es 6447700, y su dirección es Avenida 15 No. 100 – 43 en la ciudad de Bogotá.

Autorizo a la sociedad **Alianza Fiduciaria S.A.**, directamente o en su condición de Administradora de los Fondos o de los Fideicomisos de la cual es vocera o a quien en el futuro represente sus derechos u ostente la calidad de acreedor, a consultar, reportar y solicitar, a cualquiera de las Centrales de Riesgo o entidades que manejen o administren bases de datos con los mismos fines, toda información referente a mi comportamiento como cliente de la entidad. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejarán en las mencionadas bases de datos. En constancia de la presente autorización registro mi firma sobre el presente documento.

6. DECLARACIÓN FATCA

a. Declaro que somos una sociedad constituida en Estados Unidos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b. Al firmar esta solicitud confirmamos que somos una sociedad constituida en Estados Unidos para efecto de impuestos.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c. Si marco <si> a los literales anteriores, entonces escribir el número de identificación de impuestos	
NOTA: En caso de responder afirmativamente a los literales anteriores debe diligenciar el formato que corresponde (W-8-BEN-E, W9, W8 o el que indique la norma)	

7. OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza operaciones internacionales SI NO siga al punto 8. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Transacciones que realiza <input type="checkbox"/> Importaciones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Pago de servicios <input type="checkbox"/> Préstamos M/E <input type="checkbox"/> Cambio de divisas <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____	Nombre de la entidad financiera _____ Sucursal / Ciudad _____ Número de cuenta _____ Moneda _____
¿Con cuáles países?		Nombre de la entidad financiera _____ Sucursal / Ciudad _____ Número de cuenta _____ Moneda _____
Valor promedio mensual \$ _____		
Inversionista de portafolio de moneda extranjera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

8. PERFIL DE RIESGO DEL CLIENTE

<input type="checkbox"/> Conservador Es aquel cliente que busca preservar su capital con alternativas de inversión que impliquen bajas volatilidades y altos niveles de liquidez. Ante diferentes opciones de inversión, preferirá aquella que minimiza el riesgo, sacrificando rentabilidad. Su portafolio estará compuesto 100% en inversiones en renta fija.	<input type="checkbox"/> Moderado Es aquel cliente que busca obtener un equilibrio entre estabilidad y crecimiento del capital, por lo que admite una exposición moderada al riesgo. Su portafolio estará compuesto 10%- 30% en renta variable, y lo restante en renta fija.	<input type="checkbox"/> Dinámico Es aquel cliente que busca maximizar su rentabilidad, admitiendo una exposición significativa al riesgo. Gran parte de su portafolio estará invertido en renta variable.
--	---	---

9. IDENTIFICACIÓN DEL BIEN O RECURSO QUE SE ENTREGA O TRANSFIERE

Clase o tipo de recurso a entregar o transferir <input type="checkbox"/> Inmueble <input type="checkbox"/> Dinero <input type="checkbox"/> Otro _____	No. de identificación del bien _____	Valor \$ _____
--	--------------------------------------	----------------

10. REFERENCIAS FINANCIERAS

Nombre de la entidad financiera	Sucursal / Ciudad	Número de cuenta	Tipo de cuenta
			<input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Fondos
			<input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Fondos
			<input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Fondos

11. ACCIONISTAS

Por favor registre la información de los accionistas o socios que tengan directa o indirectamente más del 5% de participación en el capital social. Si en la composición accionaria existiera alguna empresa, por favor adjuntar la composición accionaria de la misma. Si el espacio no es suficiente por favor adjuntar la relación.

Documento de identificación	No. de documento	Apellidos y Nombres o Razón Social	% participación	Nacionalidad	Residente EEUU?	Obligado a tributar en otro país	No. TIN o equivalente
<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?				<input type="checkbox"/> COL <input type="checkbox"/> COL/U.S. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?				<input type="checkbox"/> COL <input type="checkbox"/> COL/U.S. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?				<input type="checkbox"/> COL <input type="checkbox"/> COL/U.S. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?				<input type="checkbox"/> COL <input type="checkbox"/> COL/U.S. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?				<input type="checkbox"/> COL <input type="checkbox"/> COL/U.S. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

12. FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

En señal de recepción, entendimiento y aceptación del clausulado y con el compromiso de consultar actualizaciones en la página web firmo el presente documento.

Firma Documento de identificación <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____ No. _____	Huella índice derecho cliente	Documentos que se deben anexar <input type="checkbox"/> Certificado de existencia y representación legal expedida por la cámara de comercio con una vigencia no superior a 30 días o documento equivalente. <input type="checkbox"/> Fotocopia legible del documento de identificación del representante legal y los ordenantes. <input type="checkbox"/> Estados financieros certificados del año en curso. <input type="checkbox"/> Fotocopia legible de la última declaración de renta presentada. <input type="checkbox"/> Fotocopia legible del RUT. <input type="checkbox"/> Composición accionaria de los accionistas de la entidad que sean personas jurídicas con participación superior al 5%.
---	-------------------------------	---

13. PARA USO EXCLUSIVO DE ALIANZA FIDUCIARIA S.A.

Nombre completo del funcionario que realiza la entrevista		
Lugar de la entrevista	Fecha	DD MM AAAA Hora HH MM
¿Visitó las instalaciones de la entidad?	Fecha	DD MM AAAA Hora HH MM
¿Tiene alguna relación familiar con el solicitante?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Explique: _____
¿Cómo se enteró el solicitante acerca de Alianza Fiduciaria S.A. : <input type="checkbox"/> Anuncio <input type="checkbox"/> Ingreso al portal de Alianza Fiduciaria S.A. <input type="checkbox"/> Marketing <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Evento <input type="checkbox"/> Solicitud de contacto por email-internet <input type="checkbox"/> Referido de un cliente existente ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? _____	Información adicional sobre la entrevista	
¿El solicitante es PEP?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Operaciones
	Productos	Frecuencia de la operación
	Cuantía promedio mensual	
Declaro a mi leal saber y entender, que he verificado que la información aportada en la solicitud de vinculación ha sido diligenciada de manera correcta y completa. Así mismo declaro que he verificado los originales de los documentos de identidad del solicitante, así como la demás documentación e información proporcionada por el solicitante, a los fines de identificar personalmente al solicitante y determinar las actividades económicas a las cuales se dedica.		
Nombre y firma del comercial	Fecha	DD MM AAAA
Código del comercial		
Nombre y firma del funcionario que realiza la verificación de documentación e información	Fecha	DD MM AAAA
Nombre y firma del funcionario que autoriza la vinculación PEP (si aplica)	Fecha	DD MM AAAA