

Fecha de Diligenciamiento

DD

MM

AAAA

Antes de continuar con el diligenciamiento de este formulario revise las autorizaciones del numeral 13 y los anexos relacionados. La solicitud de vinculación deberá estar diligenciada totalmente, sin enmendaduras ni tachones, con espacios en blanco anulad

1. DATOS GENERALES

Razón social / Denominación social											
<input type="checkbox"/> NIT <input checked="" type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?					No.			¿Es una sociedad extranjera?		SI NO	
Datos de constitución	Fecha	DD	MM	AAAA	Ciudad / Municipio			Departamento			
	País										
Dirección de oficina/Código postal							Teléfono oficina				
Ciudad oficina				Departamento oficina				País oficina			
Correo electrónico para envío de notificaciones y extractos, y autorización de transacciones (Para el envío de facturación derivada de sus productos y del cual se remitirán autorizaciones de las transacciones que apliquen).											
Parte relacionada del Grupo Alianza										<input checked="" type="checkbox"/> SI NO	

2. REPRESENTANTE LEGAL / APODERADO

Nombres / Apellidos										
Documento de identidad <input checked="" type="checkbox"/> C.C. C.E. PAS Otro ¿Cuál?								No.		
Fecha de expedición	DD	MM	AAAA	Lugar de expedición (Ciudad/País)						
Fecha de nacimiento	DD	MM	AAAA	Lugar de nacimiento (Ciudad/País)						
Dirección de residencia / Domicilio permanente								Teléfono fijo		
Ciudad residencia				Departamento residencia				País residencia		
Celular				Correo electrónico						

3. IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS POLÍTICAMENTE EXPUESTAS

¿La sociedad registra como beneficiarios finales o tiene como administradores (En el sentido establecido en el art. 22 de la Ley 222 de 1995) personas identificadas como políticamente expuestas?					<input checked="" type="checkbox"/> SI NO	<i>Marcar la opción SI en caso de cumplir con los lineamientos establecidos en la Parte I – Título IV – Capítulo IV de la Circular Básica Jurídica y posteriores decretos que lo modifiquen.</i>				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

En caso de marcar la opción SI en la pregunta relacionada a Personas Políticamente Expuestas, o en ocasión de poseer parentescos con personas que cumplan esta misma condición, por favor, diligenciar el ANEXO IDENTIFICACIÓN PEP.

4. CLASIFICACIÓN DE LA EMPRESA

Actividad	Comercial	Industrial	Transporte	Financiero	Servicios	<input checked="" type="checkbox"/> Construcción	Otro ¿Cuál?
Sector	Público	Privado	<input checked="" type="checkbox"/> Mixto	¿Es autoretenedor?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	N° de Resolución (Anexar copia)
¿Es gran contribuyente?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	Régimen contribuyente de renta	<input checked="" type="checkbox"/> Ordinario	Especial		
Actividad económica							Código CIU
Descripción CIU							

Si la entidad no está sujeta a retención en la fuente para los productos que va a adquirir en Alianza Fiduciaria S.A. o en Alianza Valores S.A., favor anexar el documento que certifique la calidad tributaria que así lo determine.

¿La entidad está vigilada por alguna superintendencia?					SI NO ¿Cuál?
¿La entidad es controlante, o está bajo el control de una entidad vigilada?					SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ¿Cuál?
Sociedad comercial o Civil					
Limitada	En comandita por acciones	<input checked="" type="checkbox"/> Sin ánimo de lucro	<input checked="" type="checkbox"/> Asociación civil	<input checked="" type="checkbox"/> Sociedad por Acciones Simplificadas S.A.S.	
Anónima	<input checked="" type="checkbox"/> En comandita simple	<input checked="" type="checkbox"/> Sucursal de sociedad extranjera	<input checked="" type="checkbox"/> Colectiva	<input checked="" type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?	
Entidades estatales	Nación	<input checked="" type="checkbox"/> Departamento	Municipio	Otra ¿Cuál?	
Entidades estatales descentralizadas de orden	<input checked="" type="checkbox"/> Nación	Departamento	Municipio	Otra ¿Cuál?	
Tipo de Entidad					
Sindicatos	Organismo multilateral o internacional		Entidades religiosas	Fondos de empleados	
Fundaciones	Empresa industrial y comercial del estado		Sociedad de economía mixta	Conjuntos residenciales	
Fondo de inversión	Personas jurídicas de derecho canónico		Corporaciones y asociaciones:	Precooperativas	
Institución financiera	Empresas de servicios públicos domiciliarios		Entidades financieras colombianas	Cooperativas	
Entidad cuyas acciones se coticen regularmente en bolsa. ¿Ante cuál entidad está registrado y vigilado como emisor?					¿La Entidad es un organismo financiero extranjero?
					SI NO

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (Expresada en pesos colombianos – COP)

La información financiera diligenciada debe guardar relación con los soportes financieros anexos.		
Activos \$	Pasivos \$	Patrimonio \$
Ingresos operacionales mensuales \$	Egresos operacionales mensuales \$	
Ingresos no operacionales mensuales \$	Egresos no operacionales mensuales \$	
Utilidad / pérdida operacional \$	Utilidad / pérdida neta \$	
Descripción de ingresos y egresos no operacionales:		
Cuánta promedio a operar	Frecuencia de la operación (Diaria, Semanal, trimestral, etc.)	

6. DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO 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.** y **Alianza Valores 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 remplace, la ley 190 de 1995 (Estatuto anticorrupción), el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), legalidades relativas a negocios bursátiles y el mercado cambiario, y demás normas legales relacionadas.

Declaro que los recursos y/o bienes a transferir provienen de:

Desarrollo actividad económica	<input checked="" type="checkbox"/> Rendimiento por inversión	Préstamo entidad financiera	Otro ¿Cuál?
Capitalización y parte de socios	<input checked="" type="checkbox"/> Dividendos y Participación	Nombre de la entidad financiera	
<input checked="" type="checkbox"/> Utilidad de negocios			
<input checked="" type="checkbox"/> Venta de inmueble	Dirección _____		
	Inmuebles: Apartamento Local Casa Oficina Lote Dirección:		
<input checked="" type="checkbox"/> Arrendamiento	Muebles: Vehículo Otro ¿Cuál? _____		

Declaro que los recursos que entrega la sociedad que represento no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano o en cualquier forma que lo modifique o adicione. No se admitirá 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 se efectuarán transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo a cancelar los productos que tenga mi representada en **Alianza Fiduciaria S.A.** y/o **Alianza Valores S.A.**, en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, asumiendo directamente toda la responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado en este documento o que se llegue a evidenciar del mismo.

De igual manera, declaro que los recursos y bienes que procedan de cualquier producto contratado por parte de mi representada con **Alianza Fiduciaria S.A.** o **Alianza Valores S.A.** en ningún caso serán destinados para la financiación de actividades ilícitas.

7. OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones internacionales? Si marcó NO siga al punto 8.	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	En caso de marcar SI indicar con cuales países:		
Transacciones que realiza:	Importaciones	Exportaciones	Inversiones	Pago de servicios	Préstamo M/E
	<input checked="" type="checkbox"/> Otros ¿Cuáles?				
Nombre de la entidad financiera	Nombre de la entidad financiera				
Tipo de producto	Tipo de producto				
No. de identificación del producto	No. de identificación del producto				
Valor promedio mensual \$	Valor promedio mensual \$				
Ciudad / País	Ciudad / País				
Tipo de moneda	Tipo de moneda				

8. AUTO CERTIFICACIÓN FATCA – CRS

Tenga en cuenta que el diligenciamiento de este formulario no sustituye la entrega de cualquier formulario W9, W8 o demás autocertificaciones de IRS que pueda requerirse de otra manera para la ley FATCA, recuerde que como instituciones financiera, **Alianza Fiduciaria S.A.** y **Alianza Valores S.A.**, no brindan recomendaciones fiscales a sus clientes, si tiene preguntas acerca de la determinación de su residencia fiscal en cualquier país determinado, comuníquese con su asesor fiscal o autoridad fiscal local. Puede obtener más información sobre CRS, en el portal del **intercambio** de información automática (AEOI) de la OCDE, y para FATCA en el portal del IRS.

FATCA	a. Afirmo que somos una empresa asociación o fideicomiso constituido en Estados Unidos?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
	Si la respuesta es SI, se solicita indicar su Número de Identificación tributaria (TIN por sus siglas en inglés):		
	b. Si cuenta con Número de Identificación de Intermediario Global (GIIN por sus siglas en inglés), indique el código:		

CRS	a. ¿Clasifica la entidad como una ENF activa según lo dictado por la Resolución 119 de 2015 de la DIAN?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
	*ENF (Entidad no financiera) activa si cumple con alguno de los siguientes criterios: que cotizan en bolsa; entidades gubernamentales, organizaciones internacionales, bancos centrales, o de sus entidades de propiedad absoluta; controladoras que son miembros de grupo no financiero. Según lo dictado por la Resolución 119 de 2015 de la DIAN.		

* Si respondió **NO** en el literal a., indique:

País de Residencia Fiscal	No. ID Tributario

Residencia Fiscal: Es la obligación de pagar impuestos requeridos a una persona (natural/jurídica) por mandato de un país determinado, la residencia fiscal será exigida cuando se cumplan ciertas condiciones, la cuales pueden variar por país. Para efectos de la Resolución 119 de la DIAN, el individuo-titular debe reportar todas sus residencias fiscales, esto con la finalidad de no estar sujeto a penalidades por parte de las jurisdicciones asociadas de la OCDE.

Si dentro de la Persona Jurídica, si uno o más de los accionistas y/o beneficiarios finales que tienen un porcentaje mayor o igual al 5%, son residentes fiscales en Estados Unidos, se requiere diligenciar el ANEXO CONOCIMIENTO DE ACCIONISTAS Y BENEFICIARIOS EFECTIVOS.

9. PERFIL DE RIESGO DEL CLIENTE Y CLASIFICACIÓN

Para determinar su perfil de riesgo, por favor, remitirse a Formulario de Perfil de Riesgo:	Conservador	Moderado	✓ Mayor Riesgo
Para determinar su clasificación, por favor, remitirse a Formulario de Perfil de Riesgo:	✓ Cliente Inversionista	Inversionista Profesional	

10. IDENTIFICACIÓN DEL BIEN O RECURSO QUE TRANSFIERE *(Aplica únicamente para productos de ALIANZA FIDUCIARIA S.A.)*

Clase o tipo de recurso a entregar o transferir	✓ Inmueble	Dinero	Otro ¿Cuál?
Identificación del bien	Valor	\$	

11. ACCIONISTAS

Por favor registre la información de los accionistas o socios que tengan directa o indirectamente participación igual o mayor al 5% en el capital social, en el **ANEXO CONOCIMIENTO DE ACCIONISTAS Y BENEFICIARIOS EFECTIVOS**.

12. ORDENANTES

Si requiere autorizar ordenantes para el manejo de los productos, por favor diligenciar la información en el **ANEXO REGISTRO DE ORDENANTES**

13. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Alianza Fiduciaria S.A. y Alianza Valores S.A. son entidades vinculadas que ofrecen productos y servicios, financieros y de valores, que ponen a su disposición a través de sus diferentes canales de atención. Para tal fin, y de acuerdo a lo establecido por la ley, dichas sociedades han celebrado entre sí contratos de uso de red en desarrollo de los cuales usted podrá acceder a sus productos y servicios. En virtud de lo anterior, con la suscripción del presente formato de vinculación autorizo y manifiesto positivamente todas las situaciones que se indican a continuación:

Autorizaciones Generales Alianza

Autorizo de manera libre, expresa, inequívoca e informada a Alianza o a quien represente sus derechos en los términos del literal a) del artículo 6 de la ley 1581 de 2012, para recolectar, transferir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir, actualizar y transmitir el respectivo Dato Personal, con la siguiente finalidad: i) Adelantar los análisis, evaluaciones y gestiones necesarios para el inicio, desarrollo o culminación de cualquier relación contractual que surja o pueda surgir con **Alianza** así como dar cumplimiento a los sistemas de administración de riesgos de la entidad, la normatividad aplicable vigente y a las órdenes impartidas por autoridades administrativas o judiciales; ii) Para la atención de solicitudes, quejas, reclamos y para realizar análisis de riesgo en cumplimiento de la normatividad aplicable vigente **Alianza**; iii) Efectuar encuestas de satisfacción respecto de los servicios prestados por **Alianza**, iv) Suministrar a las asociaciones gremiales a las cuales pertenezca **Alianza** los Datos Personales necesarios para la realización de estudios y en general la administración de sistemas de información del sector al cual corresponde **Alianza**; v) Adelantar actividades de promoción de los servicios prestados por **Alianza** en desarrollo de su objeto social, y en general todas aquellas actividades asociadas con la relación comercial o vínculo existente entre **Alianza** y yo, o aquel que llegare a existir; vi) Suministrar información de contacto y documentos pertinentes a la fuerza comercial a través de la cual **Alianza** lleva a cabo la comercialización de sus servicios.; vii) Dar a conocer, transferir y/o transmitir mis Datos Personales dentro y fuera del país, computación en la nube, a Encargados de Datos Personales, a Accionistas, autoridades administrativas y judiciales en cumplimiento de la normatividad vigente aplicable a **Alianza**, según corresponda; viii) Conocer los Datos Personales que reposen en los operadores de información de que trata la Ley 1266 de 2008 o las normas que la modifiquen o sustituyan y proporcionarles mi información a los mismos; ix) Acceder y consultar mis Datos Personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública ya sea nacional, internacional o extranjera; x) Los Datos Personales recolectados a través de los esquemas de acceso y seguridad previstos en las instalaciones de **Alianza**, así como, mis Datos Personales tomados de los documentos por mí suministrados al personal de seguridad que se encuentre en las instalaciones donde funcionan las diferentes oficinas de **Alianza**, y los obtenidos de las videgrabaciones que se realizan dentro o fuera de dichas instalaciones, las cuales se utilizarán para fines de seguridad y vigilancia de las personas, los bienes e instalaciones de **Alianza** y podrán ser utilizados como prueba en cualquier tipo de proceso.

Autorizo que mi información sea compartida entre Alianza Fiduciaria S.A. y Alianza Valores S.A. Sociedad Comisionista de Bolsa e incluso con terceros que colaboran con la entidad, y con el propósito que sea para el cumplimiento de sus funciones y que por algún motivo deban acceder a la información. Los autorizados para que les sea compartida la información son: 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. La autorización acá impartida tiene como finalidad: (i) gestionar y administrar la recuperación de cartera productiva e improductiva, (ii) recopilar 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.

Manifiesto que he sido informado que los datos relativos a orientación política, convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, los relativos a salud, vida sexual y datos biométricos corresponden a datos personales sensibles. Teniendo en cuenta lo anterior, **autorizo a Alianza para que mis datos biométricos en general sean objeto de tratamiento.**

Declaro que he revisado la información contenida en este formulario y que, en lo que respecta a mi conocimiento, dicha información es cierta, completa y actualizada. Adicionalmente declaro que soy una persona autorizada y con facultades para firmar en representación de la Entidad identificada en este formulario y sus anexos, y me comprometo a informar a la Entidad si se produce un cambio en la información contenida en este formulario.

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 las políticas de tratamiento de datos personales de Alianza 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**, como responsable del tratamiento, cuya página web es: www.alianza.com.co y su teléfono de atención es 6447700 para **Alianza Fiduciaria S.A.** y para **Alianza Valores S.A.**, y su dirección es Avenida 15 No. 82 – 99 Piso 3 en la ciudad de Bogotá.

Autorizaciones Específicas Alianza Fiduciaria S.A.

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 reportar y solicitar, a cualquiera de los operadores de información 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.

Autorizaciones Específicas Alianza Valores S.A.

Manifiesto que he sido informado que para conocer y aceptar las autorizaciones relacionadas a **Alianza Valores S.A.** debo remitirme al Clausulado de Productos y Servicios **Alianza Valores S.A.** que se encuentran publicadas en la página Web.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL / APODERADO

En constancia de haber leído, entendido y aprobado lo anterior, firmo el presente formulario.

Firma Representante Legal Apoderado	Huella (índice derecho Representante Legal o Apoderado)	<p>Documentos que se deben anexar:</p> <p>Certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio con una vigencia no superior a 90 días o documento equivalente, expedido por una autoridad competente.</p> <p>Fotocopia legible del documento de identificación del representante legal.</p> <p>Fotocopia legible del documento de identificación del apoderado y de los ordenantes o firmas autorizadas (si aplica).</p> <p>Documento en el cual se faculta al apoderado a suscribir el presente formato de vinculación (si aplica).</p> <p>Estados financieros certificados del año en curso (si aplica).</p> <p>Declaración de renta del último periodo fiscal disponible.</p> <p>Fotocopia legible del RUT.</p> <p>Anexo Conocimiento de Accionistas: Composición accionaria de los accionistas de la entidad que sean personas jurídicas con participación superior al 5% (si aplica).</p> <p>Información FATCA-CRS (si aplica).</p> <p>Alianza Fiduciaria S.A. y Alianza Valores S.A., cuando consideren necesario pueden solicitar soportes o información adicional sobre el origen de los recursos y/o documentos o datos que se consideren relevantes con el fin de ampliar el conocimiento del cliente.</p>
Tipo de documento de identificación C.C. C.E. PAS Otro ¿Cuál?		
No. de documento de identificación		

ENTREVISTA *(Espacio exclusivo para ser diligenciado por la entidad)*

Nombre completo de la persona que realiza la entrevista												
Lugar de la entrevista					Fecha		DD	MM	AAAA	Hora	HH	MM
¿Cuándo conoció personalmente al solicitante?					Fecha		DD	MM	AAAA	Hora	HH	MM
¿Tiene alguna relación familiar con el solicitante? SI NO Explique:												
¿Cómo se enteró el solicitante acerca de Alianza Fiduciaria S.A. y/o Alianza Valores S.A. ?												
Anuncio Marketing Evento Llamada telefónica Referido de un cliente existente ¿Cuál?			Ingreso al portal de Alianza Fiduciaria S.A. y/o Alianza Valores S.A. Solicitud de contacto por email – internet Otra ¿Cuál?									
Operaciones a realizar												
Información adicional de la entrevista:												
¿La información diligenciada en el formulario de vinculación es consistente con los soportes adjuntos y / o con los datos brindados en la entrevista? SI NO												
Nombre del Comercial					Código del comercial							
Declaro que he cumplido mi obligación y responsabilidad en el proceso de conocimiento del cliente. SI NO					Fecha		DD	MM	AAAA	Firma del Comercial		