

Tipo de Vinculación <input type="checkbox"/> Adquiriente <input type="checkbox"/> Apoderado	Ciudad	Fecha DD MM AAAA	Tipo de Proyecto <input type="checkbox"/> VIS <input type="checkbox"/> NO VIS
--	--------	---------------------	--

Proyecto

Constructora	No. de Encargo
--------------	----------------

1. DATOS GENERALES

Primer Apellido		Segundo Apellido	
Nombres			
Documento de identidad	<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> PAS	No.	Nacionalidad
Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento		DD MM AAAA
Dirección de Residencia		Teléfono fijo y/o celular	
Ciudad	Departamento	País	
Ocupación u oficio principal	<input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Estudiante		
Si es independiente, indique el detalle de la actividad económica			Código CIU
Empresa donde trabaja			
Dirección laboral		Teléfono fijo y/o celular	
Ciudad	Departamento	País	
Correo electrónico			

2. INFORMACIÓN FINANCIERA (La información financiera debe ser expresada en pesos colombianos – COP)

Activos \$	Pasivos \$	Ingresos Mensuales \$	Egresos Mensuales \$
Otros Ingresos \$	Detalle Otros Ingresos		

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

De manera voluntaria declaro que mis recursos tienen origen lícito y que provienen de la actividad económica mencionada en el presente formulario, la cual se desarrolla dentro del marco legal y normativo colombiano vigente. De igual manera, declaro que todas las actividades e ingresos que realizo y percibo provienen de actividades lícitas y que no me encuentro registrado (a) en ninguna lista de reporte internacional. Ampliación de información (Opcional):

4. AUTORIZACIONES

Autorizo de manera libre, expresa, inequívoca e informada, a **Alianza Fiduciaria S.A. (en adelante ALIANZA)** o a quien represente sus derechos en los términos de la ley 1266 de 2008 y 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 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 donde funcionan las diferentes oficinas de **ALIANZA**, y los obtenidos de las videograbaciones 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 instalación de **ALIANZA** y podrán ser utilizados como prueba en cualquier tipo de proceso.

SI NO

Autorizo a que la información aquí consignada y sus actualizaciones sean compartidas con **Alianza Valores S.A.**

SI NO

Teniendo en cuenta que los datos relativos a origen racial, étnico, 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, manifiesto que he sido informado que no estoy obligado a autorizar su tratamiento.

SI NO

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo a **ALIANZA**, para que mis datos biométricos correspondientes a huella sean objeto de tratamiento.

SI NO

Manifiesto que he sido informado que de conformidad con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, el tratamiento de Datos Personales de niños, niñas y adolescentes solamente podrá realizarse respecto de aquellos datos de naturaleza pública. En consecuencia, en nuestra calidad de representantes legales del cliente (menor de edad), autorizamos de manera expresa que los Datos Personales de dicho cliente, en lo que corresponde a los datos de naturaleza pública, sean tratados para los fines anteriormente indicados, y declaramos que dicha autorización se realiza previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 12 del Decreto 1377 de 2013. (Marcar en caso de ser menor de edad).

SI NO

Autorizo a la sociedad **ALIANZA**, 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.

SI NO

Mediante la firma del presente documento, manifiesto que conozco 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 en sus oficinas.

En caso de vincularse a un Proyecto VIS diligenciar la página 1, de lo contrario deberá diligenciar la totalidad del formulario.

5. IDENTIFICACIÓN DEL BIEN O RECURSO QUE TRANSFIERE

Clase o tipo de recurso a entregar o transferir	<input type="checkbox"/> Inmueble	<input type="checkbox"/> Dinero	<input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?
Identificación del bien	Valor \$		

6. DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DEL INVERSIONISTA DEL FONDO DE INVERSIÓN COLECTIVA ABIERTO

Yo declaro que he recibido y entendido la información que se encuentra en el prospecto y el reglamento del Fondo de Inversión Colectiva Abierto

7. PERFIL DE RIESGO DEL CLIENTE

Conservador Un inversionista que tiene por objetivo la estabilidad de su portafolio y la preservación de capital, buscando un retorno competente con la expectativa de inflación. Este portafolio se caracteriza por tener una baja volatilidad en sus rendimientos y porque la probabilidad de tener retornos negativos, mensualmente, es baja.

8. IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS PÚBLICA O POLÍTICAMENTE EXPUESTAS

¿Ocupa o ha ocupado cargos públicos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Maneja recursos públicos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Goza de reconocimiento público?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Si marcó afirmativamente en alguno de los 3 campos anteriores, indique el cargo o la función desempeñada:							
Fecha de Vinculación al cargo	DD	MM	AAAA	Fecha de Desvinculación al cargo	DD	MM	AAAA
¿Es representante legal de alguna organización internacional?	SI	NO					
Si la respuesta es sí, indique el nombre de la organización: _____							
¿Tiene usted una sociedad conyugal, de hecho, o de derecho, con persona públicamente expuestas (persona que ocupe un cargo público o goce de reconocimiento público)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nombre del conyugue					
¿Es usted familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil: (padres, hijos, hermanos, abuelos, nietos, suegros, cuñados, padres adoptantes o adoptivo) de personas públicamente expuestas?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
Nombre	Parentesco						
¿Tiene algún vínculo con funcionarios de Alianza Fiduciaria S.A.?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nombre del Funcionario:					

9. AUTOCERTIFICACIÓN FATCA - CRS

¿Obligado a Tributar en Estados Unidos?:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	No. de Identificación Tributaria (TIN):
¿Obligado a Tributar en otro país?:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	País: No. de Identificación Tributaria (TIN) o equivalente:

10. OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza operaciones internacionales Si marcó NO siga al punto 10	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Con cuáles países?
Valor promedio mensual \$	Inversionista de portafolio de moneda extranjera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Transacciones que realiza:		
Nombre de la entidad financiera	Ciudad / País	
Número de cuenta	Moneda	

11. DEPENDENCIA DE UN TERCERO (La información financiera debe ser expresada en pesos colombianos – COP)

Nombres /Apellidos			
Parentesco con el titular			
Documento de identidad <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?	No.		
Lugar y fecha de nacimiento	DD MM AAAA Persona públicamente o políticamente expuesta (PEP) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Ocupación u oficio principal <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Estudiante			
Si es independiente u otro indique el detalle de la actividad económica			
Empresa donde trabaja	Teléfono fijo y / o celular		
Ciudad	Departamento País		
Activos \$	Pasivos \$	Ingresos Mensuales \$	Egresos Mensuales \$
Otros Ingresos \$	Detalle Otros Ingresos		

FIRMA DEL CLIENTE

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

Firma (mencione el carácter legal con el que firma)		Huella (Indice derecho)
Tipo y número de documento de identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> PAS	No.	
En nombre propio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En representación de:	

ENTREVISTA (Espacio exclusivo para ser diligenciado en la sala de ventas)

Nombre completo de la persona que realiza la entrevista	
Lugar y fecha de la entrevista	DD MM AAAA
Resultado de la entrevista	
Firma de la persona que realiza la entrevista	El solicitante es PEP? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO