

Fecha de diligenciamiento

DD	MM	AAAA
----	----	------

Surcursal _____

 Actualización
 Apoderado
 Autorizado
 Titular
 Vinculación

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

1. DATOS GENERALES

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"/> NUJIP <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?	Número identificación	Expedición documento Fecha DD MM AAAA Ciudad / País	Fecha de Nacimiento DD MM AAAA	
				Lugar de Nacimiento (Ciudad / País)	
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		Dirección de residencia - Domicilio permanente	
País de residencia Si NO reside en Colombia		Ciudad / Municipio		Departamento	
Tiempo de residencia		País		Teléfono fijo	
Contacto Teléfono celular para notificaciones País del teléfono celular Correo electrónico para notificaciones		Dirección oficina		Teléfono fijo	
Ciudad / Municipio		Departamento		País	
Envío de correspondencia <input type="checkbox"/> Dirección de residencia <input type="checkbox"/> Dirección oficina <input type="checkbox"/> Correo electrónico		Solicita clave de internet <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Goza de reconocimiento público <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Maneja recursos públicos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ocupa o ha ocupado cargos públicos <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		Nombre del funcionario		_____	

2. INFORMACIÓN LABORAL Y FINANCIERA

Ocupación <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?	Nombre de la empresa donde labora		Cargo		Declara renta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	Dirección oficina principal o casa matriz		Si es independiente indique actividad económica principal		Es sujeto a retención sobre rendimientos financieros <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	Teléfono Fijo Ciudad País		CIU		Obligado a tributar en otro país ¿Cuál? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
No. TIN (No. de ID Tributario Americano) o su equivalente		Activos \$ _____		Otros ingresos \$ _____		Otros egresos \$ _____	
Pasivos \$ _____		Patrimonio \$ _____		Detalle otros ingresos		Detalle otros egresos	
Ingresos mensuales \$ _____		Egresos mensuales \$ _____					

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Obrando en nombre propio, de mi poderante _____ 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 que entrego son:

<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	<input type="checkbox"/> 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 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 mis cuentas con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo a cancelar los productos que 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.

4. 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

5. DECLARACIÓN FATCA

a. He permanecido más de 183 días en el último año, o 122 días (promedio) durante los tres últimos años, dentro del territorio de los Estados Unidos *	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b. ¿Soy poseedor de la tarjeta verde (Green Card - tarjeta de residencia) de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c. ¿Recibo cualquier pago de intereses, dividendos, rentas, salarios, honorarios, primas, anualidades, compensaciones, remuneración, emolumentos, otras ganancias fijas u ocasionales, y/o ingresos **, si dicho pago proviene de fuentes dentro de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
d. ¿Recibo cualquier ingreso bruto procedente de la venta u otra disposición de cualquier activo que puede producir intereses o dividendos cuya fuente se encuentre dentro de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
e. Declaro bajo la gravedad de juramento que informé todas las nacionalidades que poseo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

NOTA: En caso de responder afirmativamente a los literales anteriores debe diligenciar el formato que corresponda (W-8-BEN-E, W9, W8 o el que indique la norma)
 * A excepción de permanencia por: razones médicas, estudio, trabajo diplomático, deportistas profesionales o profesores.
 ** Ingresos FDAP son todos los ingresos excepto: Las ganancias obtenidas por la venta de bienes muebles o inmuebles (incluyendo la adquisición de activos a descuento y primas de opciones, pero sin incluir el descuento de emisiones originales). Las partidas de ingresos excluidos de los ingresos brutos sin considerar si el titular de los ingresos es considerado persona de los Estados Unidos o tiene condición de extranjero.

6. OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza operaciones internacionales <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si NO siga al punto 7.	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 _____ Ciudad / País _____ Número de cuenta _____ Moneda _____
¿Con cuáles países?		Nombre de la entidad financiera _____ Ciudad / País _____ Número de cuenta _____ Moneda _____
Valor promedio mensual \$ _____		
Inversionista de portafolio de moneda extranjera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

7. 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.
---	--	--

8. 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 \$ _____
--	--------------------------------------	----------------

9. 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

10. DEPENDENCIA DE UN TERCERO. Si el titular depende de un tercero, por favor diligencie esta información del tercero.

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"/> Pasaporte <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 Teléfono celular para notificaciones _____ País del teléfono celular _____ Correo electrónico para notificaciones _____		Dirección oficina _____	
		Teléfono fijo _____	
		Ciudad / Municipio _____	Departamento _____ País _____
Envío de correspondencia <input type="checkbox"/> Dirección de residencia <input type="checkbox"/> Dirección oficina <input type="checkbox"/> Correo electrónico	Solicita clave de internet <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Goza de reconocimiento público <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Maneja recursos públicos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ocupa o ha ocupado cargos públicos <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 Nombre del funcionario _____
Ocupación <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro _____	Nombre de la empresa donde labora _____	Cargo _____	Declara renta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Es sujeto a retención sobre rendimientos financieros <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Obligado a tributar en otro país ¿Cuál? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dirección oficina principal o casa matriz _____		Si es independiente indique actividad económica principal _____	No. TIN (No. de ID Tributario Americano) o su equivalente _____
Teléfono Fijo _____ Ciudad / Municipio _____ País _____		CIU _____	
Activos \$ _____	Pasivos \$ _____	Patrimonio \$ _____	Ingresos mensuales \$ _____
Egresos mensuales \$ _____	Otros ingresos \$ _____	Detalle otros ingresos _____	
		Detalle otros egresos \$ _____	

11. FIRMA DEL CLIENTE

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

Firma _____		Documentos que se deben anexar <input type="checkbox"/> Independiente: Declaración de renta o certificado de ingresos expedido por contador público o estados financieros. <input type="checkbox"/> Asalariado: Certificado de ingresos y retenciones o certificación laboral con vigencia no superior a 30 días o desprendibles de nómina de los tres últimos meses. <input type="checkbox"/> Pensionado: Desprendible de pago de pensión de los últimos tres meses. <input type="checkbox"/> Menores de edad: Registro civil y fotocopia de tarjeta de identidad si aplica. <input type="checkbox"/> Titular y del dependiente: Fotocopia del documento de identificación vigente y legible del titular y del dependiente (si aplica). <input type="checkbox"/> Adicionales: Contratos de acuerdo a los productos y tipo de operaciones.
Documento de identificación <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____		
En Nombre propio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En representación de: _____	Huella índice derecho cliente _____	

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

Nombre completo del funcionario que realiza la entrevista	
Lugar de la entrevista	Fecha <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/> Hora <input type="text" value="HH"/> <input type="text" value="MM"/>
¿Cuándo conoció personalmente al solicitante?	Fecha <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/> Hora <input type="text" value="HH"/> <input type="text" value="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	Productos Operaciones Cuantía promedio mensual Frecuencia de la operación
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 <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>
Código del comercial	
Canal externo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nombre de la agencia que lo está representando
Nombre y firma del funcionario que realiza la verificación de documentación e información	
Fecha <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>	
Nombre y firma del funcionario que autoriza la vinculación PEP (si aplica)	
Fecha <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>	

Fecha de diligenciamiento

DD	MM	AAAA
----	----	------

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? _____ No. _____	Documento de constitución <input type="checkbox"/> Escritura pública <input type="checkbox"/> Documento privado <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____ No. _____	Fecha <table border="1"> <tr> <td>DD</td> <td>MM</td> <td>AAAA</td> </tr> </table>	DD	MM	AAAA	Ciudad / Municipio Departamento País
DD	MM	AAAA				
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			
Dirección oficina principal						
Ciudad / Municipio		Departamento	País			
Teléfono fijo						
Contacto		Envío de correspondencia	Obligado a tributar en otro país			
Teléfono celular para notificaciones País del teléfono celular	Correo electrónico para notificaciones Página Web	<input type="checkbox"/> Dirección oficina <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Dirección de notificación	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuál? _____			

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 <table border="1"> <tr> <td>DD</td> <td>MM</td> <td>AAAA</td> </tr> </table> Ciudad / País	DD	MM	AAAA	Fecha de Nacimiento <table border="1"> <tr> <td>DD</td> <td>MM</td> <td>AAAA</td> </tr> </table> Lugar de Nacimiento (Ciudad / País) Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	DD	MM	AAAA
DD	MM	AAAA							
DD	MM	AAAA							
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 Ciudad / Municipio Departamento País							
Contacto Teléfono celular _____ País del teléfono celular _____ Correo electrónico _____		Goza de reconocimiento público <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Maneja recursos públicos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ocupa o ha ocupado cargos públicos <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 Nombre del funcionario _____						

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 La entidad está vigilada por alguna superintendencia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuál? _____	CIU La entidad es un organismo financiero extranjero? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO La entidad es un organismo multilateral? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Fecha de corte <table border="1"> <tr> <td>DD</td> <td>MM</td> <td>AAAA</td> </tr> </table>	DD	MM	AAAA	La información debe estar en pesos Colombianos (COP)
DD	MM	AAAA		
Activos \$ _____ Pasivos \$ _____ Patrimonio \$ _____ Ingresos operacionales mensuales \$ _____ Ingresos no operacionales mensuales \$ _____	Egresos operacionales mensuales \$ _____ Egresos no operacionales mensuales \$ _____ Utilidad / pérdida operacional \$ _____ Utilidad / pérdida neta \$ _____ 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"/> Muebles: <input type="checkbox"/> Vehículo <input type="checkbox"/> Otro Descripción: _____				<input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?
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 Alizana 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 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si NO siga al punto 8.	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 _____
¿Con cuáles países?		Sucursal / Ciudad _____
Valor promedio mensual \$ _____		Número de cuenta _____
Inversionista de portafolio de moneda extranjera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Moneda _____
		Nombre de la entidad financiera _____
		Sucursal / Ciudad _____
		Número de cuenta _____
		Moneda _____

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	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>
	Hora	<input type="text" value="HH"/> <input type="text" value="MM"/>
¿Visitó las instalaciones de la entidad?	Fecha	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>
	Hora	<input type="text" value="HH"/> <input type="text" value="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"/> Marketing <input type="checkbox"/> Evento <input type="checkbox"/> Referido de un cliente existente ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/> Ingreso al portal de Alianza Fiduciaria S.A. <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Solicitud de contacto por email-internet <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? _____	Información adicional sobre la entrevista
¿El solicitante es PEP? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Productos Cuantía promedio mensual	Operaciones Frecuencia de la operación
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	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>
Código del comercial		
Nombre y firma del funcionario que realiza la verificación de documentación e información	Fecha	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>
Nombre y firma del funcionario que autoriza la vinculación PEP (si aplica)	Fecha	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>