

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 type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?		No.	
¿Es una sociedad extranjera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
<b>Datos de constitución</b>	Fecha	DD	MM	AAAA	Ciudad / Municipio
	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 <i>(Para el envío de facturación derivada de sus productos y del cual se remitirán autorizaciones de las transacciones que apliquen).</i>					
Parte relacionada del Grupo Alianza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					

**2. REPRESENTANTE LEGAL / APODERADO**

Nombres / Apellidos					
Documento de identidad <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> 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**

<p>¿La sociedad registra como beneficiarios finales o tiene como administradores <i>(En el sentido establecido en el art. 22 de la Ley 222 de 1995)</i> personas identificadas como políticamente expuestas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><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></p>
--	---

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

<input type="checkbox"/> Desarrollo actividad económica	<input type="checkbox"/> Rendimiento por inversión	<input type="checkbox"/> Préstamo entidad financiera	<input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?
<input type="checkbox"/> Capitalización y parte de socios	<input type="checkbox"/> Dividendos y Participación	Nombre de la entidad financiera	
<input type="checkbox"/> Utilidad de negocios	Dirección _____		
<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"/> Muebles:	<input type="checkbox"/> Vehículo	<input type="checkbox"/> 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 <b>NO</b> siga al punto 8.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En caso de marcar <b>SI</b> indicar con cuales países:
Transacciones que realiza:	<input type="checkbox"/> Importaciones	<input type="checkbox"/> Exportaciones
	<input type="checkbox"/> Otros ¿Cuáles?	<input type="checkbox"/> Inversiones
		<input type="checkbox"/> Pago de servicios
		<input type="checkbox"/> Préstamo M/E
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. Afirmando que somos una empresa asociación o fideicomiso constituido en Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SI <input 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? <input type="checkbox"/> SI <input 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:	<input type="checkbox"/> Conservador	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Mayor Riesgo
Para determinar su clasificación, por favor, remitirse a Formulario de Perfil de Riesgo:	<input type="checkbox"/> Cliente Inversorista	<input type="checkbox"/> Inversorista 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	<input type="checkbox"/> Inmueble	<input type="checkbox"/> Dinero	<input type="checkbox"/> 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](http://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 <input type="checkbox"/> Representante Legal <input type="checkbox"/> Apoderado	Huella (índice derecho Representante Legal o Apoderado)	<b>Documentos que se deben anexar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 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.</li> <li><input type="checkbox"/> Fotocopia legible del documento de identificación del representante legal.</li> <li><input type="checkbox"/> Fotocopia legible del documento de identificación del apoderado y de los ordenantes o firmas autorizadas (si aplica).</li> <li><input type="checkbox"/> Documento en el cual se faculta al apoderado a suscribir el presente formato de vinculación (si aplica).</li> <li><input type="checkbox"/> Estados financieros certificados del año en curso (si aplica).</li> <li><input type="checkbox"/> Declaración de renta del último periodo fiscal disponible.</li> <li><input type="checkbox"/> Fotocopia legible del RUT.</li> <li><input type="checkbox"/> Anexo Conocimiento de Accionistas: Composición accionaria de los accionistas de la entidad que sean personas jurídicas con participación superior al 5% (si aplica).</li> <li><input type="checkbox"/> Información FATCA-CRS (si aplica).</li> </ul> <p><b>Alianza Fiduciaria S.A. y Alianza Valores S.A.,</b> 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 <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Explique:												
¿Cómo se enteró el solicitante acerca de <b>Alianza Fiduciaria S.A.</b> y/o <b>Alianza Valores S.A.</b> ?												
<input type="checkbox"/> Anuncio <input type="checkbox"/> Marketing <input type="checkbox"/> Evento <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Referido de un cliente existente ¿Cuál? <input type="checkbox"/> Ingreso al portal de <b>Alianza Fiduciaria S.A.</b> y/o <b>Alianza Valores S.A.</b> <input type="checkbox"/> Solicitud de contacto por email – internet <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO												
Nombre del Comercial					Código del comercial					Firma del Comercial		
Declaro que he cumplido mi obligación y responsabilidad en el proceso de conocimiento del cliente. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					Fecha		DD	MM	AAAA			

Cliente  Apoderado

Fecha de diligenciamiento

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

Antes de continuar con el diligenciamiento de este formulario revise las autorizaciones del numeral 11 y los anexos relacionados. La solicitud de vinculación deberá estar diligenciada totalmente, sin enmendaduras ni tachones, con espacios en blanco anulados.

**1. DATOS GENERALES**

Nombres / Apellidos			
Documento de identidad	<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> 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)	Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Fecha de expiración C.E. y PAS	DD MM AAAA	Nacionalidad <input type="checkbox"/> Colombiana <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?	¿Reside en Colombia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dirección de residencia o domicilio actual/ Código Postal		Teléfono de Residencia y/o Celular	
Ciudad de residencia	Departamento de residencia	País de residencia	
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).			
¿Tiene algún vínculo con algún funcionario del Grupo Alianza o es empleado del grupo? Si tengo vínculo con funcionario <input type="checkbox"/> Si soy empleado <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Nombre del funcionario	

**2. INFORMACIÓN LABORAL Y FINANCIERA (Información financiera expresada en pesos colombianos – COP)**

La información financiera diligenciada debe guardar relación con los soportes financieros anexos.			
Ocupación, oficio o profesión 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	¿Declara Renta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Nombre de la empresa donde labora		¿Es socio / accionista de la empresa donde trabaja? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Cargo	Dirección oficina		
Teléfono oficina		Ciudad oficina	
Departamento oficina		País oficina	
Si es independiente, indique actividad económica principal			Código CIU
Activos \$	Pasivos \$	Patrimonio \$	
Ingresos Mensuales \$	Egresos Mensuales \$		
Otros Ingresos Mensuales \$			
Cuantía promedio a operar	Frecuencia de la operación (Diaria, Semanal, trimestral, etc.)		

**3. IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS PÚBLICA O POLÍTICAMENTE EXPUESTAS**

¿Es Persona Públicamente Expuesta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Marcar la opción SI en caso de gozar de reconocimiento público.</b>	¿Es Persona Políticamente Expuesta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>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.</b>
---	--	--	--

*En caso de marcar la opción SI en la pregunta ¿Es Persona Políticamente Expuesta?, o en ocasión de tener una sociedad conyugal o es 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 políticamente expuestas que cumplan esta misma condición, por favor, diligenciar el ANEXO IDENTIFICACIÓN PEP.*

**4. DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS**

Obrando en nombre propio, de mi poderdante _____ de manera voluntaria manifiesto que todo lo aquí consignado es cierto y realizo la siguiente declaración de fuente de fondos a <b>Alianza Fiduciaria S.A.</b> y/o <b>Alianza Valores S.A.</b> , 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 190 de 1995 (Estatuto anticorrupción), el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (decreto 663 de 1993), legalidades relativas a negocios bursátiles y del mercado cambiario, y demás normas legales relacionadas.			
Declaro que los recursos y/o bienes a transferir provienen de (Se puede marcar más de una opción):			
<input type="checkbox"/> Desarrollo actividad económica	<input type="checkbox"/> Préstamo	<input type="checkbox"/> Ahorros	<input type="checkbox"/> Pensión
<input type="checkbox"/> Ingresos laborales	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Depositados en Entidades Bancarias	<input type="checkbox"/> Retiro de Cesantías
<input type="checkbox"/> Herencia	<input type="checkbox"/> Entidad Bancaria	<input type="checkbox"/> En efectivo	Nombre de la empresa: _____
<input type="checkbox"/> Dependencia de un tercero	Nombre de la entidad: _____	<input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?	Nombre de la empresa: _____

Venta de inmueble Dirección: \_\_\_\_\_

Inmuebles:  Apartamento  Local  Casa  Oficina  Lote Dirección: \_\_\_\_\_

Arrendamiento Muebles:  Vehículo  Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_

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 en 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.** 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 con **Alianza Fiduciaria S.A.** o **Alianza Valores S.A.** en ningún caso serán destinados para la financiación de actividades ilícitas.

## 5. OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones internacionales?  SI  NO En caso de marcar SI indicar con cuales países: \_\_\_\_\_

Si marcó NO siga al punto 6.

Transacciones que realiza:  Importaciones  Exportaciones  Inversiones  Pago de servicios  Préstamo M/E  Cambio de Divisas

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

## 6. 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. ¿Ha permanecido en Estados Unidos 31 días durante el año en curso, y 183 días, en promedio, en los dos años previos al presente año? (Para más información, respecto a su permanencia en los Estados Unidos, por favor dirigirse a la página del IRS <a href="https://www.irs.gov/">https://www.irs.gov/</a> )	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	b. ¿Es usted residente permanente en Estados Unidos y/o está obligado a tributar (declarante de renta) en Estados Unidos.?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Si su respuesta fue afirmativa en los numerales anteriores, debe anexar el formulario W9 e indicar su Número de Identificación tributaria (TIN por sus siglas en inglés) o su Número de Seguro Social (SSN por sus siglas en inglés). TIN o SSN: \_\_\_\_\_

CRS	a. ¿Es usted residente fiscal en uno o varios países diferentes a Colombia y Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
-----	--	---

Si su respuesta fue afirmativa, 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.

## 7. PERFIL DE RIESGO DEL CLIENTE Y CLASIFICACIÓN

Para determinar su perfil de riesgo, por favor, remitirse al Formulario de Perfil de Riesgo:  Conservador  Moderado  Mayor Riesgo

Para determinar su clasificación, por favor, remitirse al Formulario de Perfil de Riesgo:  Cliente Inversionista  Inversionista Profesional

## 8. IDENTIFICACIÓN DEL BIEN O RECURSO QUE TRANSIERE (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 \$ \_\_\_\_\_

## 9. DEPENDENCIA DE UN TERCERO (Diligencie la siguiente información en caso de que los recursos entregados provengan de un tercero)

Nombres /Apellidos			Relación o 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.		Ocupación				
Lugar y fecha de expedición	DD	MM	AAAA	Lugar y fecha de nacimiento	DD	MM	AAAA
Actividad económica principal	CIU		Activos \$		Pasivos \$		
Patrimonio \$	Ingresos mensuales \$			Egresos mensuales \$			
¿Es PEP (Persona es políticamente Expuesta)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							

*En caso de marcar la opción SI, por favor, diligenciar el ANEXO IDENTIFICACIÓN PEP. Lo anterior con el objeto de dar cumplimiento a los lineamientos establecidos en la Parte I – Título IV – Capítulo IV de la Circular Básica Jurídica y posteriores decretos que lo modifiquen.*

## 10. ORDENANTES

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

## 11. 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 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 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 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. Teniendo en cuenta lo anterior, **autorizo a Alianza para que mis datos biométricos en general sean objeto de tratamiento.**

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 del menor como 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).

### Autoriza el registro en Alianza en Línea.

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 la política 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](http://www.alianza.com.co) y su teléfono de atención es 6447700 para **Alianza Fiduciaria** 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 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 (índice derecho cliente)	<b>Documentos que se deben anexar:</b> <input type="checkbox"/> <b>Constancia de ingresos y/o soportes financieros:</b> Los cuales deben demostrar el origen de los recursos. <input type="checkbox"/> <b>Declaración de Renta:</b> Declaración del último periodo fiscal disponible (si aplica). <input type="checkbox"/> <b>Estados Financieros:</b> Estados Financieros del último ejercicio (si aplica). <input type="checkbox"/> <b>Menores de edad:</b> Registro civil y fotocopia de tarjeta de identidad (si aplica). <input type="checkbox"/> <b>Fotocopia del documento de identificación de cliente:</b> Documento vigente y legible del cliente. <input type="checkbox"/> <b>Fotocopia del documento de identificación del tercero del cual depende económicamente:</b> Documento vigente y legible del tercero del cual depende económicamente (si aplica). <input type="checkbox"/> <b>Fotocopia del documento de identificación del apoderado y de los ordenantes / firmas autorizadas:</b> Documentos vigentes y legibles del apoderado y de los ordenantes o firmas autorizadas (si aplica). <input type="checkbox"/> <b>Poder o documento equivalente:</b> Documento en el cual se faculta al apoderado a suscribir el presente formato de vinculación (si aplica). <input type="checkbox"/> <b>Adicionales:</b> Contratos de acuerdo a los productos y tipo de operaciones. <input type="checkbox"/> <b>Información FATCA-CRS</b> (si aplica).
Tipo de documento de identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?		<b>Alianza Fiduciaria S.A. y Alianza Valores S.A.,</b> 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.
No. de documento de identificación		
¿En nombre propio? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En representación de:	

## 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? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Explique:														
¿Cómo se enteró el solicitante acerca de <b>Alianza Fiduciaria S.A.</b> y/o <b>Alianza Valores S.A.</b> ?														
<input type="checkbox"/> Anuncio <input type="checkbox"/> Marketing <input type="checkbox"/> Evento <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Referido de un cliente existente ¿Cuál? <input type="checkbox"/> Ingreso al portal de <b>Alianza Fiduciaria S.A.</b> y/o <b>Alianza Valores S.A.</b> <input type="checkbox"/> Solicitud de contacto por email – internet <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?														
Operaciones a realizar														
¿La información diligenciada en el formulario de vinculación es consistente con los soportes adjuntos y / o con los datos brindados en la entrevista?										<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿El solicitante es PEP?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Información adicional de la entrevista:														
Nombre del Comercial					Código del comercial									
Declaro que he cumplido mi obligación y responsabilidad en el proceso de conocimiento del cliente.					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Fecha		DD	MM	AAAA	Firma del comercial		