

**IMPORTANTE:**

- Diligencie todos los espacios del formulario, en los casos en los que la información solicitada no aplique anule los espacios con una línea o con el texto NO APLICA.
- Anexe toda la información solicitada en el campo de documentos anexos.
- Para el caso de uniones temporales y/o consorcios deberán diligenciar el formato de solicitud de vinculación de cliente persona jurídica así como por cada una de las personas que lo conformen junto con TODOS sus anexos.

**1. INFORMACIÓN BÁSICA**

Razón Social		Número NIT:	
Nombre corto o sigla	Ciudad y Depto. de Ubicación principal	<b>Tipo de entidad:</b> Principal <input type="checkbox"/> Sucursal <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/>	
Dirección principal	Teléfono(s) Principal	Correo electrónico Contacto – Principal	

**2. TIPO DE ENTIDAD Y NATURALEZA JURÍDICA**

Sociedades Comerciales o Civiles		Entidades Estatales	
<input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/> Anónima <input type="checkbox"/> S.A.S. <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> Otra _____ <b>Tipo de Entidad</b> Sin Ánimo de Lucro <input type="checkbox"/> Con Ánimo de Lucro <input type="checkbox"/>		<b>Ordenamiento de la entidad</b> <input type="checkbox"/> Orden Nacional <input type="checkbox"/> Orden Departamental <input type="checkbox"/> Orden Municipal <input type="checkbox"/> Otra _____	
<b>Tipo de Empresa</b> Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>		El origen de los recursos que aporta para la contratación es PÚBLICO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cód. Acti. Económica CIIU _____
		Declara Renta SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

**3. REPRESENTANTE LEGAL**

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
<b>Tipo de identificación:</b>			No identificación:
C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carné Diplomático <input type="checkbox"/>
Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____		Fecha de Nacimiento DD/MM/AAAA
Teléfono / Celular		Correo Electrónico	

**3.1. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

De conformidad con lo establecido en la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y el Manual adoptado por la Fiduciaria y publicado en su página web, por los cuales se establecen disposiciones generales del hábeas data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales, el derecho que le acude a todas las personas naturales para conocer, actualizar y rectificar la información de índole personal recopilada en bases de datos,

**MANIFIESTO QUE:**

- Autorizo** SI NO de forma libre y voluntaria para que FIDUCOLDEX S.A. pueda compartir o circular con terceros mi información durante el tiempo que dure mi vinculación con la entidad, información que corresponda al desarrollo de mis actividades comerciales, bien sea que éstos ostenten la condición de socios comerciales o estratégicos, fuerza comercial de otros productos de la entidad y/o con quienes se tengan vínculos comerciales de cualquier naturaleza, con sujeción a los principios, términos y condiciones consagrados en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la modifiquen, aclaren o reglamenten.
- Autorizo** SI NO de forma libre y voluntaria para que FIDUCOLDEX S.A. pueda compartir o circularizar información que corresponda al desarrollo de mis actividades comerciales tanto con sus vinculadas, filiales como subsidiarias, con sujeción a los principios, términos y condiciones consagrados en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la modifiquen, aclaren o reglamenten.
- Autorizo** SI NO de forma libre y voluntaria para que FIDUCOLDEX S.A. pueda compartir, circularizar y/o enviar información relacionada con los productos, modificaciones a éstos, servicios, ofertas, alianzas y estudios ofrecidos, así como solicitar la realización de evaluaciones sobre la calidad de productos o servicios y/o adelantar estudios internos sobre hábitos de consumo de cliente, con sujeción a los principios, términos y condiciones consagrados en la Ley 1581 de 2012 y demás normas que la modifiquen, aclaren o reglamenten.

FIRMA: \_\_\_\_\_

**4. SOLO PARA ENTIDADES CIVILES O COMERCIALES (No aplica para Entidades Estatales)**

**SOCIOS/ACCIONISTAS/ASOCIADOS MAS DEL 5% CAPITAL SOCIAL DIRECTA O INDIRECTAMENTE**

\*Si los espacios no son suficientes anexar listado que contenga los mismos campos solicitados de los principales socios/accionistas/asociados directos o indirectos con participación superior al 5% del capital social, firmado por el representante legal o revisor fiscal respectivo.

Tipo de Documento	No Identificación	Nacionalidad	Nombre Completo	%
C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PASPOR. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>				
C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PASPOR. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>				
C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PASPOR. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>				
C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PASPOR. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>				
C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PASPOR. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>				

**5. INFORMACIÓN FINANCIERA (No aplica para Entidades Estatales)**

Fecha de Corte	Total Ingresos Mensuales	Total Egresos Mensuales	Total Activo	Total Pasivo
DD/MM/AAAA				
Ingresos no Operacionales Mensuales	Descripción ingresos no Operacionales			

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

Declaro que mis recursos tienen un origen lícito y provienen directamente de la actividad económica señalada en este formulario, y que mi ocupación económica se desarrolla dentro del marco legal y normativo correspondiente. Adicionalmente declaro que todas las actividades e ingresos que percibo provienen de actividades lícitas y aquellos que se deriven del(los) contrato(s) suscritos con la fiduciaria, no serán destinados a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas, ni tampoco a actividades fuera del marco de la legalidad.

Origen recursos (Ocupación, profesión, negocio, etc): \_\_\_\_\_

**7. AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE CENTRALES DE RIESGOS**

Autorizo SI NO en nombre y representación de la persona jurídica que represento y/o en calidad de miembro del Consorcio y/o Unión Temporal, expresa e irrevocablemente a FIDUCOLDEX S.A., libre y voluntariamente, para que consulte toda la información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de otros países, atinente a las relaciones comerciales que tenga con el sistema financiero, comercial y de servicios, o de cualquier sector, tanto en Colombia como en el exterior, con sujeción a los principios, términos y condiciones consagrados en la Ley 1266 de 2008 y demás normas que la modifiquen, aclaren o reglamenten. Así mismo, el abajo firmante en la calidad indicada o quien hiciera sus veces, autoriza expresa e irrevocablemente a la FIDUCIARIA, reporte a la CIFIN, o a cualquier otro operador y/o fuente de información legalmente establecido, toda la información referente al comportamiento como cliente que se relacione con el nacimiento, ejecución, modificación, liquidación y/o extinción de las obligaciones que se deriven del Contrato de Fiducia Mercantil o Encargo Fiduciario si a ello hay lugar, a suscribirse con FIDUCOLDEX S.A.; información que podrá reflejarse en las bases de datos de la CIFIN o de cualquier otro operador y/o fuente de información legalmente establecido. La permanencia de la información estará sujeta a los principios, términos y condiciones consagrados en la Ley 1266 de 2008 y demás normas que la modifiquen, aclaren o reglamenten.

**PARÁGRAFO:** La presente autorización se extiende para que FIDUCOLDEX S.A. pueda compartir o circular información que corresponda al desarrollo de las actividades del FIDEICOMITENTE (del cliente y/o al desarrollo de las actividades adelantadas por la persona natural miembro de la Unión Temporal y/o Consorcio), con terceros, bien sea que éstos ostenten la condición de fuentes de información, operadores de información o usuarios, con quienes el FIDEICOMITENTE (cliente y/o la persona jurídica-miembro del Consorcio y/o Unión Temporal) tenga vínculos jurídicos de cualquier naturaleza, con sujeción a los principios, términos y condiciones consagrados en la Ley 1266 de 2008 y demás normas que la modifiquen, aclaren o reglamenten.

FIRMA: \_\_\_\_\_

**8. DOCUMENTOS ANEXOS**

- Fotocopia del RUT
- Certificado de existencia y representación legal (no mayor a 30 días de expedición).
- Fotocopia del documento de identidad ampliada al 150%. **Extranjeros:** Si el documento de identidad es Pasaporte, registrar firma y huella impresa apostillado.
- Fotocopia estados financieros comparativos últimos dos periodos gravados, notas a los estados financieros y fotocopia legible de la tarjeta profesional del contador.
- Para el caso de extranjeros se deberá anexar el equivalente al Certificado de existencia y representación legal apostillado.

**9. ANEXOS ESPECIALES PARA ENTIDADES ESTATALES**

- Acta de posesión del Representante Legal
- Fotocopia del RUT
- Fotocopia de documento de identidad del Representante legal al 150 %.
- Documentos de acreditación personería jurídica

**10. FIRMA Y HUELLA DEL REPRESENTANTE LEGAL**

Bajo gravedad de juramento manifiesto que todos los datos consignados en este formulario son ciertos y en constancia de ello, firmo y registro la huella dactilar a Continuación :

<p>_____ Nombre del Rep. Legal Documento de Identidad No.: (No se acepta firma de apoderado)</p>	<p>_____ Firma del Representante Legal</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> <p>HUELLA DACTILAR REGISTRADA EN DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</p>
--	--	---

**11. ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA FIDUCIARIA**

Fecha	Hora	Ciudad	Nombre del funcionario que confirma	Cargo
DD/MM/AAAA				

Resultados de la confirmación

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Valor de Recursos _____	Firma _____
-------------------------	-------------