

Fecha Diligenciamiento DD/MM/AAAA Vinculación Actualización En caso de actualización diligencie solamente los campos con la información que sufrió cambio

PRODUCTO FIDUCIARIO

Administración Garantía Inmobiliario Inversión Fiducia Pública Carteras Colectivas VIS Otro _____

Bienes Entregados en Fiducia
Inmueble Mueble Descripción _____ Identificación _____

Clase de Cliente:
Fideicomitente Adquirente Inmobiliario Beneficiario Tradente Acreedor Constituyente Inversionista Cesionario
Proveedor Receptor Inversión Fondo Capital Privado Otro

ESPACIO EXCLUSIVO ADQUIRENTE INMOBILIARIO

Constructor _____ Nombre Proyecto _____

Dirección Proyecto _____ Numero Inmueble _____ Valor _____

INFORMACIÓN BÁSICA

Razón Social _____ NIT RUT
Número _____

Nombre corto o sigla _____ Ciudad y Depto. de Ubicación principal _____ **Tipo de entidad:** Agencia Comercial
Principal Sucursal Agencia

Dirección principal _____ Teléfono(s) Principal _____ Local /Oficina - Principal _____

Dirección principal 2 _____ Teléfono(s) Principal 2 _____ País Principal _____

FAX principal _____ Correo electrónico Contacto – Principal _____ Dirección Internet _____

TIPO DE ENTIDAD Y NATURALEZA JURÍDICA

Sociedades Comerciales o Civiles	Entidades estatales
<input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/> Anónima <input type="checkbox"/> En Comandita Simple <input type="checkbox"/> Empresa Unipersonal <input type="checkbox"/> Sociedad de Hecho <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> S.A.S. <input type="checkbox"/> Otra _____	Ordenamiento de la entidad <input type="checkbox"/> Orden Nacional <input type="checkbox"/> Orden Departamental <input type="checkbox"/> Orden Municipal Tipo de entidad estatal <input type="checkbox"/> Establecimiento Público <input type="checkbox"/> Empresa Industrial y Comercial del Estado <input type="checkbox"/> Sociedad de Economía Mixta <input type="checkbox"/> Nación <input type="checkbox"/> Municipio
<input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> En Comandita por Acciones <input type="checkbox"/> Sucursal de Sociedad Extranjera <input type="checkbox"/> Entidad Sin Ánimo de Lucro Régimen Especial <input type="checkbox"/> Entidad Sin Ánimo de Lucro Contribuyente <input type="checkbox"/> Comunidad Religiosa <input type="checkbox"/> Entidad Vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia	<input type="checkbox"/> Empresa Social del Estado <input type="checkbox"/> Empresa de Servicios Públicos Domiciliarios <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Otro _____

Tipo de Empresa Privada Pública Mixta **Actividad económica de la empresa** Tecnología Comercial Industrial Servicios Servicios Financieros Otra Cúal _____

Fecha Constitución DD/MM/AAAA Fecha Finalización DD/MM/AAAA No. de Escritura Constitución (si aplica) _____ Empleados No. _____ Sucursales No. _____ Agencias No. _____ Descripción Actividad Económica _____

Cód. Acti. Económica CIU _____ Calidad Renta Contribuyente No Contribuyente Declarante No Declarante Contribuyente Rég. Tributario Esp. Gran Contribuyente Si No Tipo de Retención Auto Retenedor Exento Sujeto a retención Maneja Recursos Públicos Si No

Responsable de IVA Si No Régimen IVA Común Simplificado Exento G.M.F. Si No País de Operación: _____ País de Origen: _____

Autorizo a la Fiduciaria a enviar la información de mis extractos a través de: Dirección Principal Correo Electrónico

REPRESENTANTE LEGAL

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

Tipo de Identificación: C.C. T.I. C.E. NIT Pasaporte R.C. Carné Diplomático NUIP Otro No Identificación: _____ Lugar de Expedición _____ Fecha de expedición DD/MM/AAAA Fecha de Nacimiento DD/MM/AAAA

Ciudad de Nacimiento _____ País de Nacimiento _____ Cargo u oficio _____ Dirección Residencia _____

Ciudad Residencia _____ Departamento _____ País _____ Teléfono(s) _____ Celular _____

Nivel de estudios _____ Profesión _____ Correo Electrónico _____

SOCIOS O ASOCIADOS CON PARTICIPACIÓN IGUAL O SUPERIOR AL 5% DEL CAPITAL SOCIAL DIRECTA O INDIRECTAMENTE

*Si los espacios no son suficientes anexar lista de los principales socios, accionistas y/o asociados con participación superior al 5% del capital social, indicando el número de documento de identidad y porcentaje de participación firmado por representante legal o revisor fiscal.

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"/>				

REFERENCIAS FINANCIERAS

Nombre entidad	Tipo de Producto	Número	Sucursal	Teléfono

¿Posee productos en moneda extranjera? Si No

Entidad	Tipo de producto	País/Ciudad	Moneda	Número	Monto

Describe el tipo de operaciones en moneda extranjera que normalmente realiza
 Importación Exportación Transferencias Prestamos Pago de Servicios Otra _____

REFERENCIAS COMERCIALES PROVEEDORES Y/O CLIENTES

NIT	Nombre Establecimiento	Dirección	Ciudad	Teléfono

INFORMACIÓN FINANCIERA

Fecha de Corte DD/MM/AAAA	Total Ingresos Mensuales	Total Egresos Mensuales	Total Activo	Total Pasivo

Ingresos no Operacionales Mensuales Descripción ingresos no Operacionales

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio y/o en representación de la persona jurídica que representa, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a FIDUCOLDEX, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la circular externa 007 de 1996 expedida por la Superintendencia Financiera, en el estatuto orgánico del sistema financiero - Ley 90 de 1995 "estatuto anticorrupción" :

1. Que los recursos que entregué y entregaré a FIDUCOLDEX provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano, Ley 599 de 2000 (Art. 323), o en cualquier norma legal que lo modifique o adicione.
3. No admitiré que terceros adicionen recursos a mi (s) fideicomiso (s) con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano, Ley 599 de 2000, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las misma.
4. Así mismo, declaro que los recursos que recibo por parte de FIDUCOLDEX, tienen un destino lícito y serán utilizados para:
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración.
6. Autorizo liquidar los contratos que me vinculen con FIDUCOLDEX en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas posteriormente a la firma de este documento se invaliden las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a FIDUCOLDEX de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por FIDUCOLDEX.

AUTORIZACIÓN, REPORTE Y CONSULTA A LA CIFIN.- AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES

Autorizo en nombre propio y/o en representación de la persona jurídica que represento, expresa e irrevocablemente a FIDUCOLDEX, libre y voluntariamente, para que reporte a la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia ASOBANCARIA, o a cualquier otro operador y/o fuente de información legalmente establecido, toda la información referente a mi comportamiento como cliente que se relacione con el nacimiento, ejecución, modificación, liquidación y/o extinción de las obligaciones que se deriven del contrato fiduciario, y 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. Así mismo, autorizo, expresa e irrevocablemente a FIDUCOLDEX, para que consulte toda la información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de otros países, atinente a sus 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. PARÁGRAFO: La presente autorización se extiende para que FIDUCOLDEX pueda compartir o circular información que corresponda al desarrollo de las actividades del FIDEICOMITENTE con terceros, bien sea que éstos ostenten la condición de fuentes de información, operadores de información o usuarios, con quienes EL FIDEICOMITENTE tenga vínculos jurídicos de cualquier naturaleza, con sujeción a los principios, términos y condiciones consagrados en la Ley 1266 de 2008 y lo establecido en las normas legales vigentes dentro del marco del Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT de FIDUCOLDEX y demás normas que la modifiquen, aclaren o reglamenten.

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 (no apoderado):

Nombre del Cliente/Rep. Legal
Documento de Identidad No.:
(No se acepta firma de apoderado)

Firma del cliente/Rep. Legal
Fecha: DD/MM/AAAA



HUELLA DACTILAR
ÍNDICE DERECHO

DOCUMENTOS ANEXOS

Autorización previa de constitución expedida por la autoridad competente para aquellas entidades que por disposición legal lo requieran, si aplica.
Fotocopia del número de identificación (RUT-NIT).
Certificado de existencia y representación legal (no mayor a 30 días de expedido).
Fotocopia de documento de identidad del Representante legal y firmas autorizadas.
Fotocopia declaración de renta del último periodo gravable.
Estados financieros certificados por contador público o revisor fiscal de los dos últimos años.
Certificado de libertad y tradición del bien a entregar en fideicomiso, si se requiere, con fecha de expedición no mayor a 30 días.
Certificación de Revisor Fiscal o Contador si es exento al Gravamen a los Movimientos Financieros.
Aceptación reglamento CCA para adherentes al fondo.
Aceptación Reglamento Fondos de Capital Privado

ANEXOS ESPECIALES PARA ENTIDADES ESTATALES

Certificado de disponibilidad presupuestal	Documentos de acreditación personería jurídica
Acta de posesión del Representante Legal	Póliza de manejo de acuerdo con la Contraloría General

DOCUMENTOS SOPORTE PARA ORIGEN DE FONDOS Y OTRAS ACTIVIDADES

ARRENDAMIENTOS	Fotocopia del contrato y certificado de libertad y tradición del inmueble
VENTA DE INMUEBLES	Fotocopia de promesa de venta o certificado de tradición del inmueble
HERENCIAS	Escritura pública de sucesión o sentencia judicial de sucesión.
SERVICIO DE TRANSPORTE PÚBLICO	Fotocopia de la tarjeta de propiedad del vehículo y certificado original de la vinculación con la empresa de transportes del contratante.
AHORROS	Fotocopia de los títulos valores emitidos por la entidad financiera y fotocopia de los extractos bancarios de los últimos 3 meses.

ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA FIDUCIARIA

ENTREVISTA PRESENCIAL

TELEFÓNICA

Fecha DD/MM/AAAA	Hora	Ciudad	Nombre Funcionario
Departamento	Observaciones		
Firma			
Valor Recursos			

VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

Referencia Comercial	Fecha DD/MM/AAAA	Hora	Observaciones
Referencia Financiera	Fecha DD/MM/AAAA	Hora	Observaciones

Nombre Completo Funcionario Confirma	Firma Funcionario Confirma
--------------------------------------	----------------------------