

IMPORTANTE: Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones

- Diligencie todos los espacios del formulario, en los casos en 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 sociedades constituidas en el extranjero y que no estén registradas en Colombia, se deberá anexar los documentos soportes apostillados por el ente correspondiente.

INFORMACIÓN BÁSICA

Razón Social		Número NIT:	
Nombre corto o sigla	Ciudad y Depto. de Ubicación principal		Tipo de entidad: Agencia Comercial <input type="checkbox"/>
		Principal <input type="checkbox"/> Sucursal <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/>	
Dirección principal	Teléfono(s) Principal		Local /Oficina - Principal
Dirección principal 2	Teléfono(s) Principal 2		País de Origen
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"/> S.A.S.	<input type="checkbox"/> Extranjera	
<input type="checkbox"/> Otra			Ordenamiento de la entidad		
Tipo de Entidad <input type="checkbox"/> Sin Ánimo de Lucro <input type="checkbox"/> Con Ánimo de Lucro			<input type="checkbox"/> Orden Nacional <input type="checkbox"/> Orden Departamental <input type="checkbox"/> Orden Municipal		
<input type="checkbox"/> Otra			<input type="checkbox"/> Otra		
Tipo de Empresa		Actividad económica de la empresa			
Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>		Tecnología <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Servicios Financieros <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cúal			
Fecha Constitución	Fecha Finalización	No. de Escritura Constitución (si aplica)	Empleados	Sucursales	Agencias
DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA		No. _____	No. _____	No. _____
Cód. Acti. Económica CIU	Calidad Renta Contribuyente <input type="checkbox"/> No Contribuyente <input type="checkbox"/> Declarante <input type="checkbox"/> No Declarante <input type="checkbox"/> Contribuyente Rég. Tributario Esp. <input type="checkbox"/>	Gran Contribuyente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo de Retención Auto Retenedor <input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/> Sujeto a retención <input type="checkbox"/>		Maneja Recursos Públicos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Responsable de IVA Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Régimen IVA Común <input type="checkbox"/> Simplificado <input type="checkbox"/>	Exento G.M.F. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	País de Origen		
Autorizo a la Fiduciaria a enviar la información de mis extractos a través de: Dirección Principal <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/>					

REPRESENTANTE LEGAL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Tipo de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		No Identificación:	Lugar de Expedición
Pasaporte <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> Carné Diplomático <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>			Fecha de expedición DD/MM/AAAA
Otro <input type="checkbox"/>			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"/> PASTOR. <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"/> PASTOR. <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"/> PASTOR. <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"/> PASTOR. <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"/> PASTOR. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>				

INFORMACIÓN FINANCIERA

Fecha de Corte	Total Ingresos Mensuales	Total Egresos Mensuales	Total Activo	Total Pasivo
DD/MM/AAAA				
Ingresos no Operacionales Mensuales	Descripción ingresos no Operacionales			
¿Posee productos en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Entidad	Tipo de producto	País/Ciudad	Moneda	Número
				Monto
Describa el tipo de operaciones en moneda extranjera que normalmente realiza				
Importación <input type="checkbox"/>	Exportación <input type="checkbox"/>	Transferencias <input type="checkbox"/>	Préstamos <input type="checkbox"/>	Pago de Servicios <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>

Formulario Actualización del Cliente Persona Jurídica

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 adicione 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.

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
DD/MM/AAAA



HUELLA DACTILAR
ÍNDICE DERECHO

EXCLUSIVO PARA LA FIDUCIARIA

Fecha DD/MM/AAAA	Hora	Ciudad	Nombre Funcionario
Firma		Observaciones	

DOCUMENTOS ANEXOS

Estados Financieros Certificados por Contador Público o Revisor Fiscal del último año
 Certificado de Existencia y Representación Legal (no mayor a 30 días de expedido)
 Fotocopia de la Declaración de Renta del Último Periodo Gravable
 En caso de presentar cambio se debe adjuntar la fotocopia del documento de identificación del representante legal al 150%