

IMPORTANTE: Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- 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 extranjeros se deberá anexar los documentos soportes apostillados por el ente correspondiente.
- Para el caso de uniones temporales y/o consorcios deberán diligenciar el formato de conocimiento de persona jurídica así como por cada una de las personas que lo conformen junto con TODOS sus anexos.

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	Correo electrónico Contacto – Principal	

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 <input type="checkbox"/> Orden Nacional <input type="checkbox"/> Orden Departamental <input type="checkbox"/> Orden Municipal <input type="checkbox"/> Otra	
Tipo de Entidad <input type="checkbox"/> Sin Ánimo de Lucro <input type="checkbox"/> Con Ánimo de Lucro		Cód. Acti. Económica _____ Declara Renta CIUU Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Tipo de Empresa Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Mixta <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"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> Carné Diplomático o NUIP <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		No Identificación:	Teléfono(s)
		Correo Electrónico	Celular

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

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

*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, nacionalidad, nombre completo, 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"/>				

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			

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 029 de 2014 expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia; en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero - Ley 1474 de 2011 "estatuto anticorrupción":

- Que los recursos que entregué y entregaré a FIDUCOLDEX provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.): _____
- Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
- 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 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
- Así mismo declaro que los recursos que recibo por parte de FIDUCOLDEX, se destinaron a actividades lícitas.
- Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
- Cuando a ello haya lugar, autorizo a FIDUCOLDEX a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) 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 con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí 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.
- Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por FIDUCOLDEX.

AUTORIZACIÓN, REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO - 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

1. Autorizo en nombre propio y/o en representación de la persona jurídica que represento y/o en mi calidad de miembro del Consorcio y/o Unión Temporal, expresa e irrevocablemente a FIDUCOLDEX, libre y voluntariamente, para que 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; 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, Ley 1581 de 2012 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, 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, Ley 1581 de 2012 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 (del cliente y/o al desarrollo de las actividades adelantadas por la persona jurídica y/o natural miembro de la Unión Temporal y/o Consorcio, cuando a ello hay lugar), 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 o natural miembro del Consorcio y/o Unión Temporal) tenga vínculos jurídicos de cualquier de cualquier naturaleza, con sujeción a los principios, términos y condiciones consagrados en la Ley 1266 de 2008, Ley 1581 de 2012 y demás normas que la modifiquen, aclaren o reglamenten.

2. Autorizo de manera irrevocable a FIDUCOLDEX o a quien represente sus derechos para procesar la información y documentación relacionada con nuestros productos, estados de cuenta, saldos y movimientos, información financiera y comercial, comportamiento financiero y manejo de productos, ingresos, deducciones origen de recursos, accionistas y personas relacionadas o vinculadas, administradores y directivos, a su consolidación con la información de otras instituciones financieras nacionales o extranjeras vinculadas o no con FIDUCOLDEX, y para su reporte o suministro a las autoridades y agencias nacionales o extranjeras para fines legales y/o fiscales, de inspección, supervisión, cumplimiento y verificación de acuerdos internacionales y gubernamentales o acuerdos suscritos por FIDUCOLDEX y/o sus vinculadas, en desarrollo de los mecanismos previstos en la ley.



Formulario de Conocimiento Persona Jurídica
 Proponentes, Proveedores y Entidades Estatales

DOCUMENTOS ANEXOS

- 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 al 150%.
- Fotocopia estados financieros comparativo últimos dos periodos gravados, notas a los estados financieros y fotocopia legible de la tarjeta profesional del contador.

ANEXOS ESPECIALES PARA ENTIDADES ESTATALES

- Acta de posesión del Representante Legal
- Documentos de acreditación personería jurídica

ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA FIDUCIARIA
OBSERVACIONES

Nombre Completo Funcionario Confirma

Firma Funcionario Confirma

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 (titular no apoderado):

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

 Firma del Representante Legal



HUELLA DACTILAR
 ÍNDICE DERECHO