

**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 _____	<b>Tipo de entidad:</b> 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 _____	<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 Entidad</b> Sin Animo de Lucro <input type="checkbox"/> Con Ánimo de Lucro <input type="checkbox"/> <b>Tipo de Empresa</b> Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>	<b>Información Tributaria</b> Cod. Actividad Económica: CIU _____ Declara Renta Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

### REPRESENTANTE LEGAL

Primer Nombre _____	Segundo Nombre _____	Primer Nombre _____	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: _____	Teléfono(s) _____	Celular _____
Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carné Diplomático o NUIP <input type="checkbox"/>	Correo Electrónico _____	
Otro <input type="checkbox"/> _____			

### SOLO PARA ENTIDADES CIVILES O COMERCIALES (No aplica para Entidades Estatales) 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 XY YbXUX 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 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 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, complemento 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, complemento 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 destinarán 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 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.
- 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 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.

**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.
- Fotocopia del número de identificación (RUT-NIT).
- Fotocopia de documento de identidad del Representante legal al 150%.
- Documentos de acreditación personería jurídica

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA FIDUCIARIA OBSERVACIONES**

Nombre Completo Funcionario Confirma

Firma Funcionario Confirma

Valor de los recursos:

**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:

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal



HUELLA DACTILAR  
ÍNDICE DERECHO