

IDENTIFICACIÓN DE VINCULADOS

Contratista Derivado y Vinculado Indirecto



Importante: antes de llenar este formulario, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Diligencie todos los campos del formulario (numerales 1 al 7)
2. No deje ningún espacio en blanco, si la información solicitada no aplica para su caso, escriba N/A
3. No olvide anexar TODOS los documentos requeridos que están consignados en el numeral 8.

<input type="radio"/> ACTUALIZACIÓN		<input type="radio"/> VINCULACIÓN	
CIUDAD DE DILIGENCIAMIENTO		FECHA	D D
		M M	A A A A
1. CALIDAD DE SOLICITANTE			
<input type="radio"/> CONTRATISTA DERIVADO		<input type="radio"/> VINCULADO INDIRECTO	
VINCULADO O RELACIONADO CON:		<input type="radio"/> CLIENTE <input type="radio"/> OTRO VINCULADO	
NOMBRE:		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	
ESPECIFICAR LA ACTIVIDAD QUE DESARROLLARÁ CON LA FIDUCIARIA Y/O CLIENTE			
2. INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			<input type="radio"/> PRINCIPAL <input type="radio"/> SUCURSAL <input type="radio"/> FILIAL
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> CARNÉ DIPLOMÁTICO <input type="radio"/> PASAPORTE <input type="radio"/> OTRO			
NÚMERO ID		PAIS DE NACIMIENTO/ CONSTITUCIÓN	
		SEXO <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	
TIPO DE ENTIDAD	<input type="radio"/> PÚBLICA	TIPO DE SOCIEDAD	<input type="radio"/> ANÓNIMA <input type="radio"/> LIMITADA <input type="radio"/> EXTRANJERA
<input type="radio"/> MIXTA	<input type="radio"/> PRIVADA	SAS <input type="radio"/> OTRA ¿CUAL? _____	ACTIVIDAD ECONÓMICA
DIRECCIÓN		TELÉFONO	CELULAR
CIUDAD		DEPARTAMENTO	PAÍS
CORREO ELECTRÓNICO			
3. DATOS PARA SER DILIGENCIADOS POR EL REPRESENTANTE LEGAL			
<input type="radio"/> PRINCIPAL		<input type="radio"/> SUPLENTE	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NOMBRES (COMPLETOS)			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	<input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> C.E.	NÚMERO ID	FECHA DE EXPEDICIÓN
			D D M M A A A A
TELÉFONO		DIRECCIÓN	
CIUDAD		DEPARTAMENTO	CARGO
4. SOCIOS / ACCIONISTAS MÁS 5% CAPITAL SOCIAL DIRECTA O INDIRECTAMENTE			
NOMBRE		IDENTIFICACIÓN	PARTICIPACIÓN (%)
SE ADJUNTA CERTIFICADO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
5. REFERENCIA FINANCIERA			
ENTIDAD	PRODUCTO / CUENTA	No. DE CUENTA O PRODUCTO	CIUDAD
	<input type="radio"/> CORRIENTE <input type="radio"/> AHORROS <input type="radio"/> CDT <input type="radio"/> OTRO ¿CUAL? _____		
			SUCURSAL
			TELÉFONO

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO

6. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

YO _____

IDENTIFICADO COMO APARECE AL PIE DE MI FIRMA, OBRANDO EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE _____

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

1. LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTE FORMULARIO ES CIERTA, FIDEDIGNA, VERÍDICA Y QUE LOS BIENES TRANSFERIDOS O A TRANSFERIR POR LA ENTIDAD QUE REPRESENTO EN DESARROLLO DEL NEGOCIO JURÍDICO CELEBRADO O A CELEBRAR, PROVIENE DE LAS SIGUIENTE FUENTES:

ACTIVIDAD INDUSTRIAL Y/O COMERCIAL, ESPECIFICAR _____

- SALARIO SERVICIOS U HONORARIOS PROFESIONALES VENTA DE ACTIVOS OTRA
 CRÉDITO APORTES PRESUPUESTO NACIONAL IMPUESTOS CUAL? _____

2. TANTO MI ACTIVIDAD ECONÓMICA, PROFESIÓN U OFICIO ES LÍCITA Y LA EJERZO DENTRO DEL MARCO LEGAL
 3. LOS RECURSOS QUE POSEO NO PROVIENEN DE NINGUNA ACTIVIDAD ILÍCITA O TIPIFICADA COMO DELITO EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO O CUALQUIER NORMA QUE MODIFIQUE O ADICIONE
 4. NO ADMITIRÉ QUE TERCEROS EFECTÚEN DEPÓSITOS A MIS CUENTAS CON FONDOS PROVENIENTES DE LAS ACTIVIDADES ILÍCITAS CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO O EN CUALQUIER NORMA QUE LO MODIFIQUE O ADICIONE NI EFECTUARÉ TRANSACCIONES DESTINADAS A TALES ACTIVIDADES O EN FAVOR DE PERSONAS RELACIONADAS CON LAS MISMAS
 5. AUTORIZO A SALDAR LAS CUENTAS Y DEPÓSITOS Y A LIQUIDAR LOS NEGOCIOS FIDUCIARIOS QUE MANTENGAN EN ESTA INSTITUCIÓN, EN CASO DE INFRACCIÓN DE CUALQUIERA DE LOS NUMERALES CONTEMPLADOS EN ESTE FORMULARIO EXIMIENDO A FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A DE TODAS LAS RESPONSABILIDADES QUE SE DERIVEN POR LA INFORMACIÓN ERRÓNEA O INEXACTA, QUE YO HUBIESE PROPORCIONADO EN ESTE DOCUMENTO O DE LA VIOLACIÓN DEL MISMO
 6. IGUALMENTE AUTORIZO A FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A REPORTAR A LAS AUTORIDADES COMPETENTES LAS OPERACIONES RESPECTIVA QUE DETECTE POR CAUSAS O CON OCASIÓN DE LA CELEBRACIÓN O GENERACIÓN DEL NEGOCIO FIDUCIARIO CELEBRADO O A CELEBRAR
 7. LOS RECURSOS QUE SE DERIVEN DEL DESARROLLO DE ESTE CONTRATO NO SE DESTINARÁN ALA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, GRUPOS TERRORISTAS O ACTIVIDADES TERRORISTAS.
 8. CONOZCO LOS FINES PARA LOS CUALES SERÁN TRATADOS MIS DATOS O LOS DE LA PERSONA QUE REPRESENTO, ASÍ: (i) VERIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO; (ii) ENVÍO DE INFORMACIÓN FINANCIERA SUJETOS DE TRIBUTACIÓN EN LOS ESTADOS UNIDOS AL INTERNAL REVENUE SERVICE (IRS), EN LOS TÉRMINOS DEL FOREIGN ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT (FATCA); (iii) INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA EN VIRTUD DE TRATADOS Y ACUERDOS INTERNACIONALES SUSCRITOS POR COLOMBIA. (iv) O ENTREGA A CUALQUIER ENTE DE CONTROL INTERNO O EXTERNO.
 9. COMO TITULAR DE LA INFORMACIÓN, CONOZCO QUE ME ASISTEN LOS DERECHOS PREVISTOS EN LA LEY, EN ESPECIAL, CONOCER, ACTUALIZAR, RECTIFICAR Y SOLICITAR LA SUPRESIÓN DE MIS DATOS

SE AUTORIZA A LA FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A., PARA CON FINES DE VERIFICAR, SOLICITAR, PROCESAR, CONSERVAR, VERIFICAR, CONSULTAR, SUMINISTRAR, REPORTAR O ACTUALIZAR CUALQUIER INFORMACIÓN, RELACIONADA CON LOS DATOS APORTADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO. ASÍ MISMO, SE AUTORIZA PARA TRATAR MIS DATOS PERSONALES, ES DECIR, REALIZAR OPERACIONES SOBRE LOS MISMOS, COMO RECOLECTAR, ALMACENAR, USAR, CIRCULAR, TRANSFERIR O TRANSMITIR; SE AUTORIZA PARA QUE PERMITA SU TRATAMIENTO A: (i) QUIENES SEAN SUS REPRESENTANTES O CON QUIENES CELEBRE CONTRATOS DE TRANSMISIÓN DE DATOS; (ii) OPERADORES Y PRESTADORES NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS CONTRATOS QUE ESTABLEZCA LA FIDUCIARIA; (iii) CENTRALES DE RIESGO.

7. CONSTANCIA DE APROBACIÓN Y FIRMA DEL FORMULARIO

LA PRESENTE SOLICITUD HA SIDO DILIGENCIADA POR _____

IDENTIFICADO CON C.C./C.E./NIT/T.I. No. _____ DE _____ DEBIDO A LA INCAPACIDAD PARA ESCRIBIR O NO SABER FIRMAR.

FIRMA DEL VINCULADO

C.C. <input type="radio"/>	C.E. <input type="radio"/>	NIT <input type="radio"/>	T.I. <input type="radio"/>
CARNÉ DIPLOMÁTICO <input type="radio"/>	PASAPORTE <input type="radio"/>		

NO. _____

HUELLA

ÍNDICE DERECHO

8. ANEXOS DOCUMENTACIÓN PARA VINCULACIÓN Y ACTUALIZACIÓN

PERSONA NATURAL:

- * Fotocopia legible del documento de identificación
- * RUT

PERSONA JURIDICA:

- * Original certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no mayor a un (1) mes, expedido por la Cámara de Comercio o por la entidad competente.
- * RUT
- * Fotocopia legible del documento de identificación del representante legal y de las personas autorizadas con firma registrada, estas últimas con el correspondiente formulario diligenciado.
- * Listado (nombres, número de identificación y participación) e identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación.

NOTA 1: la Fiduciaria garantiza al Vinculado, reserva, confidencialidad, y seguridad de la información y documentos soporte, suministrados en el presente formulario.

NOTA 2: todo lo anterior, sin perjuicio de los aspectos y conceptos que estén incluidos en el manual SARLAFT institucional, de conformidad con las modificaciones que se introduzcan y en concordancia con lo ordenado por la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia

9. ESPACIO EXCLUSIVO PARA FIDUPREVISORA S.A.

CERTIFICO QUE HE CUMPLIDO CON TODAS LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN EL MANUAL SARLAFT, Y LO CONSIDERO IDÓNEO PARA SU VINCULACIÓN CON LA ENTIDAD

RESPONSABLE DE LA IDENTIFICACION DEL VINCULADO	D D M M A A A A
NOMBRE _____	FIRMA _____
CARGO _____	
OBSERVACIONES _____	OBSERVACIONES _____
UNIDAD DE VINCULADOS	
COMPLETITUD REQUISITOS DOCUMENTALES <input type="radio"/>	CONSU LTA EN LISTAS <input type="radio"/>
VERIFICACIÓN SARLAFT OK SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	

OBSERVACIONES _____

NOMBRE _____	CARGO _____
FECHA D D M M A A A A	FIRMA _____