

Formato Único de Vinculación o Actualización de Datos



Fecha de Diligenciamiento

Tipo de Trámite Vinculación Actualización

Tipo de Cliente Titular Apoderado Autorizado

Información Persona Natural					
Número de Identificación	Tipo C.C. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento D M A	Lugar	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			
Dirección Residencia	Ciudad	Teléfono			
E-mail personal	Celular	Hobbie(s)			
Profesión	Ocupación Empleado <input type="checkbox"/> Ganadero <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/>				
CIU	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro	Comentarios: _____			
Nombre de la empresa donde trabaja	Dirección				
Ciudad	Teléfono y Fax de la empresa	E-mail de la empresa	Cargo		
Nombre del Cónyuge	No. de hijos				
Nombre(s) del Hijo(s)	Fecha de Nacimiento D M A	Nombre(s) del Hijo(s)	Fecha de Nacimiento D M A		
Nombre(s) del Hijo(s)	Fecha de Nacimiento D M A	Nombre(s) del Hijo(s)	Fecha de Nacimiento D M A		

Información Persona Jurídica					
NIT.	Razón Social	Tipo de la Empresa Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>			
Dirección de la empresa	Ciudad	Teléfono(s)	Fax		
CIU	Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Agroindustria <input type="checkbox"/> Financiera <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Comunicación <input type="checkbox"/>				
Nombre del Representante Legal	Primer Apellido	Segundo Apellido			
No. de Identificación	Tipo C.C. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento D M A	Ciudad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Dirección	Ciudad	Teléfono	Fax	E-mail	

Oficina Principal (Diligenciar únicamente cuando el titular es sucursal)			
Razón social	Dirección	Teléfono	
Fax	Ciudad	Departamento y municipio	Correo electrónico
Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente mas del 5% del capital social, aporte o participación (En caso de requerir mas espacio debe anexarse la relación)			
Razón social o nombre completo	Tipo de Identificación	Número	

Información Apoderado		
Nombres y Apellidos	Identificación	Tipo (Nit, C.C., Otro)

Información Financiera			
Total Activos	Total Pasivos	Ingresos Mensuales	Egresos Mensuales
Otros Ingresos Mensuales / Concepto			Valor

Referencia Financiera			
Entidad Financiera	Producto	Número	Sucursal
Entidad Financiera	Producto	Número	Sucursal

Operaciones Internacionales (Si su actividad implica transacciones en moneda extranjera)

¿Realiza Operaciones Internacionales?		¿Con cuáles países?			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Transacciones que normalmente realiza:					
<input type="checkbox"/> Importaciones	<input type="checkbox"/> Exportaciones	<input type="checkbox"/> Inversiones	<input type="checkbox"/> Giros Internacionales	<input type="checkbox"/> Préstamos M/E	<input type="checkbox"/> Cambio de divisas Otros cuál? _____
Nombre entidad financiera	Tipo de producto e identificación	Monto / Cuantía Promedio	Moneda	Ciudad	País

Identificación del bien o recurso que se entrega o transfiere

Clase o tipo de recurso a entregar o transferir	Identificación del bien	Valor

Declaraciones y Autorizaciones

Obrando en nombre y representación propia de la sociedad De mi poderdante _____
 efectúo voluntaria e irrevocablemente las siguientes declaraciones y autorizaciones:

1. Con relación al origen de fondos. De manera voluntaria declaro a Alianza Fiduciaria S.A. que: los recursos y/o bienes entregados son:

De la actividad económica | Préstamo: Familiar Entidad bancaria Nombre de la Entidad: _____

Ahorros: depositados en entidades bancarias en efectivo | Pensión: Nombre de la Empresa: _____

Retiro de Cesantías: Nombre de la Empresa: _____ | Venta de inmueble: Dirección: _____

Venta de mueble: Tipo de bien _____ | Herencia Parentesco: _____

Arrendamiento: Inmuebles: Apartamento Local Casa Oficina: Lote: Otros: Dirección: _____

Arrendamiento: Mueble: Vehículo Otro Descripción: _____

• Así mismo declaro que no provienen de ninguna actividad ilícita, que no admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas y que no efectuaré transacciones destinadas a dichas actividades.

• Declaro que la información que suministro es auténtica y veraz y me obligo de manera irrevocable a actualizar anualmente los cambios reportados en este formulario y demás que se estimen necesarios, sin perjuicios de mi obligación de informar inmediatamente a la ocurrencia del hecho cualquier cambio que se produzca en el mismo.

Autorizaciones

Autorizo a la sociedad Alianza Fiduciaria S.A., directamente o en su condición de Administradora de los Fondos o de los Fideicomisos de la cual es vocera, o a quien en el futuro represente sus derechos u ostente la calidad de acreedor, a consultar, reportar y solicitar, a cualquiera de las Centrales de Riesgo o entidades que manejen o administren bases de datos con los mismos fines, toda información referente a mi comportamiento como cliente de la entidad. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejarán en las mencionadas bases de datos. En constancia de la presente autorización registro mi firma sobre el presente documento.

Nota: Si los recursos provienen de un tercero debe indicarse: Nombre completo: _____
 Número de identificación: _____ Parentesco: _____ Actividad que desarrolla _____ Teléfono _____

Cuentas Registradas

Detalle sus cuentas con el fin de realizar solicitudes de tralados vía ACH telefónicamente. Tipo (A) Ahorro / Tipo (C) Corriente

Tipo	Entidad	No. Cuenta	Titular	C.C. o NIT	Sucursal

Solicita Clave Internet Si No

Dirección de Envío: Residencia Empresa Retiro Personal E-mail Empresa E-mail Personal A.A. Otro

Firma del Cliente

Cédula _____ de _____

Huella

Entrevista

Fecha	Hora	Resultados	Datos de segmento
D M A	:	Se procede a la vinculación Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Monto estimado de operaciones mensuales \$ <input type="checkbox"/>
Observaciones			Beneficiario de preventas <input type="checkbox"/>
			Beneficiario otros negocios <input type="checkbox"/>
			Fideicomitente <input type="checkbox"/>
			Inversionista Cartera Colectiva o Fondo <input type="checkbox"/>
Nombre de quien realiza la entrevista			
Ciudad y fecha verificación información:		Nombre de quien verifica la información:	
Observaciones: _____			