

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? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Con cuáles países?			
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: _____			