

Fecha de diligenciamiento

DD	MM	AAAA
----	----	------

Surcursal _____

<input type="checkbox"/> Actualización	<input type="checkbox"/> Apoderado	<input type="checkbox"/> Autorizado	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Vinculación
--	------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

La solicitud de vinculación deberá estar diligenciada totalmente, sin enmendaduras ni tachones, con espacios en blanco anulados.

1. DATOS GENERALES

Nombres / Apellidos										
Nacionalidad <input type="checkbox"/> COL <input type="checkbox"/> COL/U.S. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? _____	Documento de identificación <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> NUJIP <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____	Número identificación _____	Expedición documento Fecha <table><tr><td>DD</td><td>MM</td><td>AAAA</td></tr></table> Ciudad / País _____	DD	MM	AAAA	Fecha de Nacimiento <table><tr><td>DD</td><td>MM</td><td>AAAA</td></tr></table>	DD	MM	AAAA
				DD	MM	AAAA				
DD	MM	AAAA								
Lugar de Nacimiento (Ciudad / País) _____			Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino							
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo	Reside en Colombia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO País de residencia <i>Si NO reside en Colombia</i> _____ Tiempo de residencia _____	Dirección de residencia - Domicilio permanente _____ Ciudad / Municipio _____ Departamento _____ País _____		Teléfono fijo _____						
Contacto Teléfono celular para notificaciones _____ País del teléfono celular _____ Correo electrónico para notificaciones _____		Dirección oficina _____ Ciudad / Municipio _____ Departamento _____ País _____		Teléfono fijo _____						
Envío de correspondencia <input type="checkbox"/> Dirección de residencia <input type="checkbox"/> Dirección oficina <input type="checkbox"/> Correo electrónico	Solicita clave de internet <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Goza de reconocimiento público <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Maneja recursos públicos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ocupa o ha ocupado cargos públicos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tiene algún vínculo con funcionarios de Alianza Fiduciaria S.A.? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Nombre del funcionario _____							

2. INFORMACIÓN LABORAL Y FINANCIERA

Ocupación <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____	Nombre de la empresa donde labora _____	Cargo _____	Declara renta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Dirección oficina principal o casa matriz _____	Si es independiente indique actividad económica principal _____	Es sujeto a retención sobre rendimientos financieros <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Teléfono Fijo _____ Ciudad _____ País _____	CIU _____	Obligado a tributar en otro país ¿Cuál? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Activos \$ _____ Pasivos \$ _____ Patrimonio \$ _____ Ingresos mensuales \$ _____ Egresos mensuales \$ _____	Otros ingresos \$ _____ Detalle otros ingresos _____	Otros egresos \$ _____ Detalle otros egresos _____	No. TIN (No. de ID Tributario Americano) o su equivalente _____

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Obrando en nombre propio, de mi poderante _____ de manera voluntaria manifiesto que todo lo aquí consignado es cierto y realizo la siguiente declaración de fuente de fondos a Alianza Fiduciaria S.A., con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Básica Jurídica, expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia, o cualquier otra que adicione, modifique o reemplace, la ley 90 de 1995 (Estatuto anticorrupción), el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (decreto 663 de 1993) y demás normas legales relacionadas. Declaro que los recursos y/o bienes que entrego son:

<input type="checkbox"/> Desarrollo actividad económica <input type="checkbox"/> Ingresos Laborales <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Dependencia de un tercero	<input type="checkbox"/> Préstamo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Entidad bancaria Nombre de la entidad _____	<input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Depositados en entidades bancarias <input type="checkbox"/> En efectivo	<input type="checkbox"/> Pensión Nombre de la empresa _____	<input type="checkbox"/> Retiro de cesantías Nombre de la empresa _____
<input type="checkbox"/> Venta de inmueble Dirección: _____				
<input type="checkbox"/> Arrendamiento <input type="checkbox"/> Inmuebles: <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Lote <input type="checkbox"/> Otro Dirección: _____				<input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____
<input type="checkbox"/> Muebles: <input type="checkbox"/> Vehículo <input type="checkbox"/> Otro Descripción: _____				

Declaro que los recursos que entrego no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano o en cualquier forma que lo modifique o adicione. 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 a favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo a cancelar los productos que tenga en **Alianza Fiduciaria S.A.** En caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o de notación del mismo.

4. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES CLIENTES Y POTENCIALES CLIENTES Y REPORTE EN CENTRALES DE RIESGO.

Autorizo de manera libre, expresa, inequívoca e informada, a **Alianza Fiduciaria S.A.** o a quien represente sus derechos en los términos del literal a) del artículo 6 de la ley 1581 de 2012, para que realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, y en general, el tratamiento de mis datos personales con fines: realización de contactos, estudios estadísticos, compartir información con terceros que colaboran con la entidad, compartir información con Alianza Valores S.A. Sociedad Comisionista de Bolsa y que para el cumplimiento de sus funciones deben acceder en alguna medida a la información tales como: proveedores del servicio de mensajería, entidades de administración y gestión de cobranza y profesionales que colaboran con la entidad en la recuperación de la cartera. Solo en aquellos casos en que yo sea deudor de **Alianza Fiduciaria S.A.**, de los fondos de inversión colectiva o de los negocios fiduciarios por ella administrados, autorizo que dichos fines se extiendan a: (i) gestión y administración de recuperación de cartera productiva e improductiva, (ii) recopilación de información de deudores y acreedores respectivos, (iii) realizar reportes y consultas de las obligaciones vigentes o en mora a las centrales de riesgo crediticio legalmente establecidas. Declaro que se me ha informado de manera clara y comprensible que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos personales proporcionados, a solicitar prueba de esta autorización, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a mis datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de mis datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos. Declaro que conozco y acepto el manual de tratamiento de datos personales de **Alianza Fiduciaria S.A.** y que la información por mí proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable. Mediante la firma del presente documento, manifiesto que reconozco y acepto que cualquier consulta o reclamación relacionada con el tratamiento de mis datos personales podrá ser elevada verbalmente o por escrito ante **Alianza Fiduciaria S.A.**, como responsable del tratamiento, cuya página web es: **www.alianza.com.co** y su teléfono de atención es 6447700, y su dirección es Avenida 15 No. 100 – 43 en la ciudad de Bogotá.

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

5. DECLARACIÓN FATCA

a. He permanecido más de 183 días en el último año, o 122 días (promedio) durante los tres últimos años, dentro del territorio de los Estados Unidos *	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
b. ¿Soy poseedor de la tarjeta verde (Green Card - tarjeta de residencia) de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
c. ¿Recibo cualquier pago de intereses, dividendos, rentas, salarios, honorarios, primas, anualidades, compensaciones, remuneración, emolumentos, otras ganancias fijas u ocasionales, y/o ingresos **, si dicho pago proviene de fuentes dentro de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
d. ¿Recibo cualquier ingreso bruto procedente de la venta u otra disposición de cualquier activo que puede producir intereses o dividendos cuya fuente se encuentre dentro de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
e. Declaro bajo la gravedad de juramento que informé todas las nacionalidades que poseo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

NOTA: En caso de responder afirmativamente a los literales anteriores debe diligenciar el formato que corresponda (W-8-BEN-E, W9, W8 o el que indique la norma)
 * A excepción de permanencia por: razones médicas, estudio, trabajo diplomático, deportistas profesionales o profesores.
 ** Ingresos FDAP son todos los ingresos excepto: Las ganancias obtenidas por la venta de bienes muebles o inmuebles (incluyendo la adquisición de activos a descuento y primas de opciones, pero sin incluir el descuento de emisiones originales). Las partidas de ingresos excluidos de los ingresos brutos sin considerar si el titular de los ingresos es considerado persona de los Estados Unidos o tiene condición de extranjero.

6. OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza operaciones internacionales <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si NO siga al punto 7.	Transacciones que realiza <input type="checkbox"/> Importaciones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Pago de servicios <input type="checkbox"/> Préstamos M/E <input type="checkbox"/> Cambio de divisas <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____	Nombre de la entidad financiera _____ Ciudad / País _____ Número de cuenta _____ Moneda _____
¿Con cuáles países?		Nombre de la entidad financiera _____ Ciudad / País _____ Número de cuenta _____ Moneda _____
Valor promedio mensual \$ _____		
Inversionista de portafolio de moneda extranjera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

7. PERFIL DE RIESGO DEL CLIENTE

<input type="checkbox"/> Conservador Es aquel cliente que busca preservar su capital con alternativas de inversión que impliquen bajas volatilidades y altos niveles de liquidez. Ante diferentes opciones de inversión, preferirá aquella que minimiza el riesgo, sacrificando rentabilidad. Su portafolio estará compuesto 100% en inversiones en renta fija.	<input type="checkbox"/> Moderado Es aquel cliente que busca obtener un equilibrio entre estabilidad y crecimiento del capital, por lo que admite una exposición moderada al riesgo. Su portafolio estará compuesto 10%- 30% en renta variable, y lo restante en renta fija.	<input type="checkbox"/> Dinámico Es aquel cliente que busca maximizar su rentabilidad, admitiendo una exposición significativa al riesgo. Gran parte de su portafolio estará invertido en renta variable.
---	--	--

8. IDENTIFICACIÓN DEL BIEN O RECURSO QUE SE ENTREGA O TRANSFIERE

Clase o tipo de recurso a entregar o transferir <input type="checkbox"/> Inmueble <input type="checkbox"/> Dinero <input type="checkbox"/> Otro _____	No. de identificación del bien _____	Valor \$ _____
--	--------------------------------------	----------------

9. REFERENCIAS FINANCIERAS

Nombre de la entidad financiera	Sucursal / Ciudad	Número de cuenta	Tipo de cuenta
			<input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Fondos
			<input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Fondos
			<input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Fondos

10. DEPENDENCIA DE UN TERCERO. Si el titular depende de un tercero, por favor diligencie esta información del tercero.

Nombres / Apellidos			
Nacionalidad <input type="checkbox"/> COL <input type="checkbox"/> COL/U.S. <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? _____	Documento de identificación <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____	Número identificación	Expedición documento Fecha <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA Ciudad / País
Fecha de Nacimiento <input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA		Lugar de Nacimiento (Ciudad / País)	
Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo	Reside en Colombia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO País de residencia <i>Si NO reside en Colombia</i> Tiempo de residencia _____	Dirección de residencia - Domicilio permanente	
		Teléfono fijo	
		Ciudad / Municipio	Departamento País
Contacto Teléfono celular para notificaciones _____ País del teléfono celular _____ Correo electrónico para notificaciones _____		Dirección oficina	
		Teléfono fijo	
		Ciudad / Municipio	Departamento País
Envío de correspondencia <input type="checkbox"/> Dirección de residencia <input type="checkbox"/> Dirección oficina <input type="checkbox"/> Correo electrónico	Solicita clave de internet <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Goza de reconocimiento público <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Maneja recursos públicos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ocupa o ha ocupado cargos públicos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tiene algún vínculo con funcionarios de Alianza Fiduciaria S.A.? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Nombre del funcionario _____
Ocupación <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro _____	Nombre de la empresa donde labora	Cargo	Declara renta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Es sujeto a retención sobre rendimientos financieros <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Obligado a tributar en otro país ¿Cuál? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dirección oficina principal o casa matriz		Si es independiente indique actividad económica principal	No. TIN (No. de ID Tributario Americano) o su equivalente
Teléfono Fijo _____ Ciudad / Municipio _____ País _____		CIU	
Activos \$ _____	Pasivos \$ _____	Patrimonio \$ _____	Ingresos mensuales \$ _____
Egresos mensuales \$ _____	Otros ingresos \$ _____	Detalle otros ingresos	
		Detalle otros egresos	

11. FIRMA DEL CLIENTE

En señal de recepción, entendimiento, aceptación y con el compromiso de consultar actualizaciones en la página web firmo el presente documento.

Firma		Documentos que se deben anexar <input type="checkbox"/> Independiente: Declaración de renta o certificado de ingresos expedido por contador público o estados financieros. <input type="checkbox"/> Asalariado: Certificado de ingresos y retenciones o certificación laboral con vigencia no superior a 30 días o desprendibles de nómina de los tres últimos meses. <input type="checkbox"/> Pensionado: Desprendible de pago de pensión de los últimos tres meses. <input type="checkbox"/> Menores de edad: Registro civil y fotocopia de tarjeta de identidad si aplica. <input type="checkbox"/> Titular y del dependiente: Fotocopia del documento de identificación vigente y legible del titular y del dependiente (si aplica). <input type="checkbox"/> Adicionales: Contratos de acuerdo a los productos y tipo de operaciones.
Documento de identificación <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____		
En Nombre propio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En representación de:	Huella índice derecho cliente	

12. PARA USO EXCLUSIVO DE ALIANZA FIDUCIARIA S.A.

Nombre completo del funcionario que realiza la entrevista	
Lugar de la entrevista	Fecha <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/> Hora <input type="text" value="HH"/> <input type="text" value="MM"/>
¿Cuándo conoció personalmente al solicitante?	Fecha <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/> Hora <input type="text" value="HH"/> <input type="text" value="MM"/>
¿Tiene alguna relación familiar con el solicitante? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Explique: _____
¿Cómo se enteró el solicitante acerca de Alianza Fiduciaria S.A. ? : <input type="checkbox"/> Anuncio <input type="checkbox"/> Ingreso al portal de Alianza Fiduciaria S.A. <input type="checkbox"/> Marketing <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Evento <input type="checkbox"/> Solicitud de contacto por email-internet <input type="checkbox"/> Referido de un cliente existente ¿Cuál? <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? _____	Información adicional sobre la entrevista
¿El solicitante es PEP? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Productos Operaciones Cuantía promedio mensual Frecuencia de la operación
Declaro a mi leal saber y entender, que he verificado que la información aportada en la solicitud de vinculación ha sido diligenciada de manera correcta y completa. Así mismo declaro que he verificado los originales de los documentos de identidad del solicitante, así como la demás documentación e información proporcionada por el solicitante, a los fines de identificar personalmente al solicitante y determinar las actividades económicas a las cuales se dedica.	
Nombre y firma del comercial	Fecha <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>
Código del comercial	
Canal externo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nombre de la agencia que lo está representando
Nombre y firma del funcionario que realiza la verificación de documentación e información	
Fecha <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>	
Nombre y firma del funcionario que autoriza la vinculación PEP (si aplica)	
Fecha <input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>	