

VINCULACIÓN  ACTUALIZACIÓN

La información diligenciada en el presente formulario debe presentarse sin enmendaduras ni tachones y los espacios en blanco deberán ser anulados con una línea horizontal o un N.A. (No aplica).

Ciudad	Año	Mes	Día	Código	Nombre de Oficina	Nombre Fondo de Inversión Colectiva
Producto a Solicitar	Fiducia de Administración <input type="checkbox"/>			Fiducia de Inversión <input type="checkbox"/>		Fiducia Inmobiliaria <input type="checkbox"/>
tipo de vinculación	cliente <input type="checkbox"/>			apoderado <input type="checkbox"/>		tutor <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN PERSONAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Documento de Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> PAS. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C.	No. Expedida en	Fecha de Expedición del Documento Año Mes Día	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Otro
Fecha de Nacimiento Año Mes Día	Ciudad de Nacimiento	Ciudad	Departamento País
Dirección Residencia		Teléfono	Teléfono Celular
Nacionalidad: Colombiano <input type="checkbox"/> Estadounidense <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual: _____			País de Nacimiento: _____
Correo Electrónico 1		Correo Electrónico 2	
Seleccione SOLO una de las siguientes dos opciones para recibir su extracto mensual: Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Impreso <input type="checkbox"/>			
Algún familiar suyo es empleado de Fiduciaria Bogotá? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Nombre	En caso afirmativo indique el parentesco Relación con la Fiduciaria

ACTIVIDAD ECONÓMICA

Ocupación: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Emp. Público <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Nombre de la Empresa o Establecimiento	Cargo u Oficio	Fecha de Ingreso a la Empresa o Actividad Año Mes Día
Dirección	Teléfono	Ciudad País
Detalle de la Actividad Económica Principal CIU:	Código CIU (Tomado de la declaración de renta)	_____

Residencia Fiscal
Obligado a Tributar en Estados Unidos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Número TIN: _____
Obligado a Tributar en Otros Países: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cual (es)? _____ N. ID Tributaria _____
¿Cual (es)? _____ N. ID Tributaria _____

RECURSOS Y / O BIENES A ENTREGAR (no aplica para fondos de inversión)

Dinero <input type="checkbox"/> Inmueble <input type="checkbox"/> Otro: _____	N. de identificación del bien: _____	Valor: _____
Total Activos \$	Total Pasivos \$	
Total Ingresos Mensuales \$	Total Egresos Mensuales \$	
Total Otros Ingresos (No operacionales, diferentes a la actividad principal) \$	Descripción otros Ingresos	
Realiza Operaciones en Moneda Extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tipo de Producto: Monto Moneda	
País Ciudad	Nombre de Entidad	No. de Producto
PEP: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Categoría PEP: Personas expuestas políticamente <input type="checkbox"/> Representantes legales de organizaciones internacionales <input type="checkbox"/> Personas que gozan de reconocimiento público <input type="checkbox"/>	Tipo de Operación: Ingreso <input type="checkbox"/> Egreso <input type="checkbox"/>
Algún familiar suyo es catalogado como PEP (segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

"Declaro que: 1) mis recursos tienen un origen lícito y provienen directamente del desarrollo de la actividad económica y ocupación señalada en el acápite tercero del presente formulario, los cuales se desarrollan de conformidad al marco legal y normativo Colombiano vigente. 2) No admitiré que terceros efectúen depósitos a nombre mío, con fondo provenientes de otra (s) persona (s). 3) De presentarse cualquier inexactitud en la información suministrada en el presente formulario o si se llegara a configurar alguna circunstancia descrita en el numeral segundo de esta declaración autorizo a la Fiduciaria Bogotá a saldar mis productos."

DEPENDIENTES: si el titular depende de un tercero, por favor diligencie la siguiente información:
Nombre _____ Documento de identificación: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. _____ Nacionalidad: _____

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Las obligaciones de la fiduciaria son de medio y no de resultado.

