

Por favor diligencie la información de sus beneficiarios finales (persona natural), en letra impresa sin tachones ni enmendaduras. Los datos solicitados en este formulario, corresponden al suministro de información para la identificación del beneficiario final, en cumplimiento del deber consagrado en el parágrafo 4 del artículo 12 de la Ley 2195 de 2022.

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA		
Nombre de la Empresa o Razón Social:	Tipo de identificación: Nit <input type="checkbox"/> ID Extranjero <input type="checkbox"/>	N° Identificación:

IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS FINALES					
Nombres y Apellidos		Tipo de identificación: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> ID EXT <input type="checkbox"/>		N° Identificación	País de Expedición:
Fecha de Nacimiento Día Mes Año	País de Nacimiento	País Nacionalidad		PEP: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	% Participación
Dirección de Residencia		Ciudad de Residencia	Departamento/ Estado de Residencia		País de Residencia
Código Postal	Correo Electrónico		N° Identificación Tributaria		País de expedición del N° de Identificación Tributaria

Nombres y Apellidos		Tipo de identificación: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> ID EXT <input type="checkbox"/>		N° Identificación	País de Expedición:
Fecha de Nacimiento Día Mes Año	País de Nacimiento	País Nacionalidad		PEP: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	% Participación
Dirección de Residencia		Ciudad de Residencia	Departamento/ Estado de Residencia		País de Residencia
Código Postal	Correo Electrónico		N° Identificación Tributaria		País de expedición del N° de Identificación Tributaria

Nombres y Apellidos		Tipo de identificación: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> ID EXT <input type="checkbox"/>		N° Identificación	País de Expedición:
Fecha de Nacimiento Día Mes Año	País de Nacimiento	País Nacionalidad		PEP: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	% Participación
Dirección de Residencia		Ciudad de Residencia	Departamento/ Estado de Residencia		País de Residencia
Código Postal	Correo Electrónico		N° Identificación Tributaria		País de expedición del N° de Identificación Tributaria

Nombres y Apellidos		Tipo de identificación: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> ID EXT <input type="checkbox"/>		N° Identificación	País de Expedición:
Fecha de Nacimiento Día Mes Año	País de Nacimiento	País Nacionalidad		PEP: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	% Participación
Dirección de Residencia		Ciudad de Residencia	Departamento/ Estado de Residencia		País de Residencia
Código Postal	Correo Electrónico		N° Identificación Tributaria		País de expedición del N° de Identificación Tributaria

Nombres y Apellidos		Tipo de identificación: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> ID EXT <input type="checkbox"/>		N° Identificación	País de Expedición:
Fecha de Nacimiento Día Mes Año	País de Nacimiento	País Nacionalidad		PEP: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	% Participación
Dirección de Residencia		Ciudad de Residencia	Departamento/ Estado de Residencia		País de Residencia
Código Postal	Correo Electrónico		N° Identificación Tributaria		País de expedición del N° de Identificación Tributaria

Certificó que la información suministrada en el presente formato es veraz y completa y que no existen beneficiarios finales diferentes a los relacionados en este formato.				
Nombre Representante Legal		Firma Representante Legal o Autorizado		
Documento de identidad	Fecha de Diligenciamiento Día Mes Año		Huella Dactilar	

ESPACIO RESERVADO PARA SER DILIGENCIADO POR EL BANCO Y/O FIDUCIARIA BOGOTÁ S.A.				
Nombre y apellido legible del funcionario que realiza la entrevista		Lugar de entrevista		Firma del funcionario que realiza la entrevista
		Día Mes Año		
Cargo	La información aportada por el cliente es consistente con los resultados de la entrevista			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO