

Por favor diligencie la información de sus beneficiarios finales (persona natural), en letra imprenta 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					
Beneficiario final por: Titularidad o beneficio <input type="checkbox"/> Por control <input type="checkbox"/> Representante legal y/o mayor autoridad <input type="checkbox"/>					
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	Ciudad 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	

Beneficiario final por: Titularidad o beneficio <input type="checkbox"/> Por control <input type="checkbox"/> Representante legal y/o mayor autoridad <input type="checkbox"/>					
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	Ciudad 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	

Beneficiario final por: Titularidad o beneficio <input type="checkbox"/> Por control <input type="checkbox"/> Representante legal y/o mayor autoridad <input type="checkbox"/>					
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	Ciudad 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	

Beneficiario final por: Titularidad o beneficio <input type="checkbox"/> Por control <input type="checkbox"/> Representante legal y/o mayor autoridad <input type="checkbox"/>					
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	Ciudad 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	

Beneficiario final por: Titularidad o beneficio <input type="checkbox"/> Por control <input type="checkbox"/> Representante legal y/o mayor autoridad <input type="checkbox"/>					
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	Ciudad 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 Dac lar	

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
Cargo			La información aportada por el cliente es consistente con los resultados de la entrevista SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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