

Contratista derivado y Vinculado indirecto

Importante: antes de llenar este formulario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Diligencie todos los campos del formulario (numerales 1 al 7).
2. No deje ningún espacio en blanco, si la información solicitada no aplica para su caso, escriba N/A.
3. No olvide anexar TODOS los documentos requeridos que están consignados en el numeral 8.

ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/>		VINCULACIÓN <input type="checkbox"/>			
CIUDAD DE DILIGENCIAMIENTO		FECHA	DD / MM / AAAA		
1. CALIDAD DEL SOLICITANTE					
CONTRATISTA DERIVADO <input type="checkbox"/>		VINCULADO INDIRECTO <input type="checkbox"/>			
VINCULADO O RELACIONADO CON: CLIENTE <input type="checkbox"/> OTRO VINCULADO <input type="checkbox"/>		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:			
NOMBRE:					
ESPECIFICAR LA ACTIVIDAD QUE DESARROLLARÁ CON LA FIDUCIARIA Y/O CLIENTE:					
2. INFORMACIÓN GENERAL					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		PRINCIPAL <input type="checkbox"/> SUCURSAL <input type="checkbox"/> FILIAL <input type="checkbox"/>			
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> CARNÉ DIPLOMÁTICO <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO _____					
NÚMERO ID	PAÍS DE NACIMIENTO O CONSTITUCIÓN	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
TIPO DE ENTIDAD MIXTA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/>	TIPO DE SOCIEDAD ANÓNIMA <input type="checkbox"/> SAS <input type="checkbox"/> LIMITADA <input type="checkbox"/> EXTRANJERA <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> ¿CUAL? _____	ACTIVIDAD ECONÓMICA			
DIRECCIÓN		TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR		
CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAÍS			
CORREO ELECTRÓNICO					
3. DATOS PARA SER DILIGENCIADOS POR EL REPRESENTANTE LEGAL					
PRINCIPAL <input type="checkbox"/>		SULENTE <input type="checkbox"/>			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
NOMBRES COMPLETOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	NÚMERO ID		
DIRECCIÓN		TELÉFONO			
CIUDAD	DEPARTAMENTO	CARGO			
4. SOCIOS / ASOCIADOS / ACCIONISTAS / PERSONAS CONTROLANTES					
NOMBRE COMPLETO	TIPO DE ID	NÚMERO ID	% DE PARTICIPACIÓN		
5. REFERENCIA FINANCIERA					
ENTIDAD	PRODUCTO / CUENTA	NÚMERO DE CUENTA O PRODUCTO	CIUDAD	SUCURSAL	TELÉFONO
	CORRIENTE <input type="checkbox"/> CDT <input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____				

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

6. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

YO _____

IDENTIFICADO COMO APARECE AL PIE DE MI FIRMA, OBRANDO EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE _____
DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

1. LA INFORMACION SUMINISTRADA EN ESTE FORMULARIO ES CIERTA, FIDEDIGNA, VERIDICA Y QUE LOS BIENES TRANSFERIDOS O A TRANSFERIR POR LA ENTIDAD QUE REPRESENTO EN DESARROLLO DEL NEGOCIO JURIDICO CELEBRADO O A CELEBRAR, PROVIENE DE LAS SIGUIENTES FUENTES:

ACTIVIDAD INDUSTRIAL Y/O COMERCIAL, ESPECIFICAR _____

SALARIO SERVICIOS U HONORARIOS PROFESIONALES VENTA DE ACTIVOS OTRO
CRÉDITO APORTES PRESUPUESTO NACIONAL IMPUESTOS ¿CUAL? _____

2. MI ACTIVIDAD ECONÓMICA, PROFESIÓN U OFICIO ES LÍCITA Y LA EJERZO DENTRO DEL MARCO LEGAL.
3. LOS RECURSOS QUE POSEO NO PROVIENEN DE NINGUNA ACTIVIDAD ILÍCITA O TIPIFICADA COMO DELITO EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO O CUALQUIER NORMA QUE MODIFIQUE O ADICIONE.
4. NO ACTUARE NI EFECTUARE TRANSACCIONES EN NOMBRE DE TERCEROS DESTINADAS O RELACIONADOS CON ACTIVIDADES ILÍCITAS CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO O EN CUALQUIER NORMA QUE LO MODIFIQUE O ADICIONE.
5. AUTORIZO A CANCELAR CUALQUIER OPERACIÓN A MI NOMBRE EN CASO DE INFRACCIÓN DE CUALQUIERA DE LOS NUMERALES CONTEMPLADOS EN ESTE FORMULARIO EXIMIENDO A FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. DE TODAS LAS RESPONSABILIDADES QUE SE DERIVEN POR LA INFORMACIÓN ERRÓNEA O INEXACTA, QUE YO HUBIESE PROPORCIONADO EN ESTE DOCUMENTO O DE LA VIOLACIÓN DEL MISMO.
6. IGUALMENTE AUTORIZO A FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. PARA REPORTAR A LAS AUTORIDADES COMPETENTES LAS OPERACIONES QUE DETECTE POR CAUSAS O CON OCASIÓN DE LA CELEBRACION DEL CONTRATO DERIVADO.
7. LOS RECURSOS QUE SE DERIVEN DEL DESARROLLO DE ESTE CONTRATO NO SE DESTINARÁN A LA FINANCIACIÓN DE GRUPOS O ACTIVIDADES TERRORISTAS.
8. FIDUPREVISORA S.A. IDENTIFICADA CON NIT 860525148-5, MANIFIESTA EN SU CONDICIÓN DE RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE DATOS O ACTUANDO BAJO LA FIGURA DE ENCARGADO POR DISPOSICIÓN DE ACUERDO FIDUCIARIO O MANDATO LEGAL, QUE CON OCASIÓN AL DILIGENCIAMIENTO DEL PRESENTE FORMATO SE RECOLECTARÁ, ALMACENARÁ, USARÁ, DISPONDRÁ O EVENTUALMENTE SE PODRÁ LLEGAR A TRANSMITIR O TRANSFERIR A NIVEL NACIONAL O INTERNACIONAL, INFORMACIÓN PERSONAL DE SU TITULARIDAD O DE TERCEROS POR USTED REFERIDOS O REPRESENTADOS. LA INFORMACIÓN PERSONAL OBJETO DE TRATAMIENTO ES DE TIPO GENERAL, IDENTIFICACIÓN, UBICACIÓN Y SOCIOECONÓMICA, LA CUAL SERÁ UTILIZADA PARA LAS SIGUIENTES FINALIDADES:
- GESTIONAR EL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL CONTRATISTA DERIVADO Y VINCULADO INDIRECTO.
 - ESTABLECER Y MANTENER UN CANAL HABITUAL DE COMUNICACIÓN QUE PERMITA INFORMARLE DE LAS ACTIVIDADES, EVENTOS, NOTICIAS U OTRA INFORMACIÓN DE TIPO COMERCIAL CON FINES DE PROMOCIÓN Y MERCADEO DE LOS SERVICIOS DE FIDUPREVISORA S.A. O DE TERCEROS ALIADOS.
 - GESTIONAR A NIVEL INTERNO Y FRENTE A LOS TERCEROS COMPETENTES, LA RESPUESTA COMPLETA Y OPORTUNA A LAS PQRS RADICADAS POR EL TITULAR DE LA INFORMACION, CONFORME A LAS DISPOSICIONES NORMATIVAS APLICABLES.
 - COMPARTIR INFORMACIÓN A NIVEL NACIONAL O INTERNACIONAL CON TERCEROS ALIADOS Y PROVEEDORES DE FIDUPREVISORA S.A. QUE SOPORTAN O CONTRIBUYEN AL ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA Y LA CORRECTA EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS TECNOLÓGICOS E INFORMÁTICOS DE FIDUPREVISORA S.A.
 - COMPARTIR DATOS PERSONALES CON TERCEROS, ALIADOS O PROVEEDORES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN O GESTIÓN COMERCIAL TANTO DE FIDUPREVISORA S.A. COMO DE LOS TERCEROS QUE ACREDITEN UN NIVEL ADECUADO DEL CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES.
- EN RAZÓN A LO ANTERIOR, LOS TITULARES DE LA INFORMACION REGISTRADA EN EL PRESENTE FORMULARIO, CUENTAN CON EL DERECHO A CONOCER, ACTUALIZAR, RECTIFICAR Y SOLICITAR LA SUPRESIÓN DE SUS DATOS PERSONALES; ABSTENERSE DE SUMINISTRAR INFORMACIÓN PERSONAL DE NATURALEZA SENSIBLE; SOLICITAR LA PRUEBA DE LA AUTORIZACION OTORGADA; SER INFORMADOS SOBRE EL USO QUE SE DA A SUS DATOS PERSONALES; REVOCAR LA AUTORIZACION OTORGADA, CONSULTAR DE FORMA GRATUITA LOS DATOS PERSONALES PREVIAMENTE SUMINISTRADOS Y ACUDIR ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO CUANDO NO SE ATIENDAN EN DEBIDA FORMA SUS CONSULTAS O RECLAMOS EN MATERIA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. LOS ANTERIORES DERECHOS PODRÁN SER EJERCIDOS PRESENTANDO UNA CONSULTA O RECLAMO A TRAVÉS DE LOS SIGUIENTES CANALES DE ATENCIÓN: CORREO ELECTRÓNICO: PROTECCIONDEDATOS@FIDUPREVISORA.COM.CO TELÉFONO: (1) 594 5111 DIRECCIÓN FÍSICA: CALLE 72 # 10-03, BOGOTÁ, COLOMBIA. CON EL DILIGENCIAMIENTO Y SUSCRIPCIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO, USTED DECLARA CONOCER Y ACEPTAR DE MANERA EXPRESA Y POR ESCRITO, EL CONTENIDO DE LA PRESENTE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN Y EL CONTENIDO DE LA POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES DE FIDUPREVISORA S.A. DE IGUAL FORMA DECLARA CONTAR CON LA AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR LA INFORMACIÓN DE LOS TITULARES DE INFORMACIÓN REFERIDOS O EN EL PRESENTE FORMULARIO PARA LAS FINALIDADES PREVIAMENTE DESCRITAS.

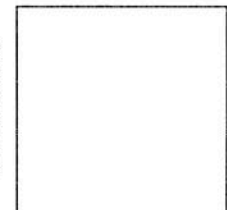
7. CONSTANCIA DE APROBACIÓN Y FIRMA DEL FORMULARIO

HUELLA

FIRMA DEL VINCULADO

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. NIT NÚMERO DE DOCUMENTO _____
C.E. CARNE DIPLOMATICO
T.I. PASAPORTE

INDICE DERECHO



EN CASO DE PRESENTAR INCAPACIDAD PARA ESCRIBIR O NO SABER FIRMAR, DILIGENCIE LOS SIGUIENTES DATOS:

LA PRESENTE SOLICITUD HA SIDO DILIGENCIADA POR _____
IDENTIFICADO CON C.C./C.E./NIT/T.I. NÚMERO _____ DE _____ DEBIDO A LA INCAPACIDAD PARA ESCRIBIR O NO SABER FIRMAR.

8. DOCUMENTACIÓN ANEXA REQUERIDA PARA LA VINCULACIÓN Y ACTUALIZACIÓN

PERSONA NATURAL:

- Fotocopia legible del documento de identificación
- RUT

PERSONA JURIDICA:

- Original del Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no mayor a un (1) mes, expedido por la Cámara de Comercio o por la entidad competente.
- RUT
- Fotocopia legible del documento de identificación del representante legal y de las personas autorizadas con firma registrada, estas últimas con el correspondiente formulario diligenciado.
- Listado (nombres, número de identificación y participación) e identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación.

FIN DEL FORMULARIO

9. ESPACIO EXCLUSIVO PARA FIDUPREVISORA S.A.

CERTIFICO QUE HE CUMPLIDO CON TODAS LAS POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN EL MANUAL SARLAFT, Y LO CONSIDERO IDÓNEO PARA SU VINCULACIÓN CON LA ENTIDAD.

RESPONSABLE DE LA IDENTIFICACION DEL VINCULADO		FECHA		D	D	M	M	A	A	A	A
NOMBRE		FIRMA									
CARGO		OBSERVACIONES									
OBSERVACIONES		OBSERVACIONES									
-----		-----									
-----		-----									

UNIDAD DE VINCULADOS

COMPLETITUD REQUISITOS DOCUMENTALES
 CONSULTA EN LISTAS
 VERIFICACIÓN SARLAFT OK SI NO

OBSERVACIONES

NOMBRE	CARGO	FECHA		D	D	M	M	A	A	A	A
---------------	--------------	--------------	--	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

FIRMA DEL FUNCIONARIO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

