

Para tener en cuenta: Diligencie todos los campos del formulario. Si la información solicitada no aplica a su caso, escriba N/A. Recuerde anexar todos los documentos requeridos, colocar su impresión dactilar y firmar el formulario.

Fecha de diligenciamiento: **DD MM AA**

Descripción del servicio a contratar:

1. DATOS PERSONALES

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombres: _____ Documento de identidad: C.D. C.C. C.E. T.I. NUIP
 N° _____

Fecha de expedición del documento de identidad: **DD MM AA** Lugar de expedición: _____ Fecha de nacimiento: **DD MM AA** Lugar de nacimiento: (ciudad/país)

Dirección de residencia: _____ Teléfono de residencia: _____ Ciudad/Departamento: _____ Número del celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Código de la actividad económica principal - CIU (de la persona natural a vincular): _____

Ocupación principal: _____ Profesión u oficio: _____ ¿Administra recursos públicos?
 SI NO

Dirección empresa o negocio: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ Ciudad/Departamento: _____ ¿Es servidor público?
 SI NO

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA E INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales: _____ Egresos mensuales: _____ Activos: _____ Pasivos: _____

Detalle de otros ingresos originados en actividades diferentes a la principal: _____ Fecha de corte de la información financiera:
 Concepto: _____ Valor promedio mensual: _____ **DD MM AA**

3. TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? SI NO

Tipo de transacción
 Importaciones Exportaciones Pagos Inversiones Servicios Transferencias Préstamos Otro ¿Cuál?

¿Tiene productos en moneda extranjera? SI NO

Tipo de producto: _____ Número de identificación del producto: _____ Entidad: _____

Ciudad: _____ País: _____ Moneda: _____ Monto: _____

4. DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE LOS FONDOS

Yo, _____, identificado(a) con el documento de identidad No. _____, expedido en _____, obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración del origen de los fondos que entrego a FIDUAGRARIA S.A., con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, la Ley 1474 de 2011, Ley 1581 de 2012 y demás normas que modifiquen, amplíen o deroguen, al igual que las circulares externas de la Superintendencia Financiera de Colombia y demás exigencias de la ley; así:

1. Que mi actividad laboral, profesión u oficio es lícito y lo ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. Que los recursos que se deriven durante del desarrollo del vínculo jurídico que suscriba con Fiduagraria S.A., no se destinaran a la Financiación del Terrorismo, financiación de grupos armados para el desarrollo de actividades terroristas.
3. Que autorizo a FIDUAGRARIA S.A a cancelar todo vínculo jurídico, en caso de infracción de cualquiera de los compromisos y obligaciones contenidos en este documento o porque aparezca mi nombre o identificación en las listas inhibitorias.
4. Que por lo tanto eximo a FIDUAGRARIA S.A. de toda responsabilidad que se derive por la información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado en este documento o en cualquier documento que la modifique, adicione o complemente.
5. Que los recursos que tengo provienen del desarrollo de la(s) siguiente(s) actividad(es): _____

5. FORMA DE PAGO

Autorizamos a Fiduagraria S.A. con Nit 800.159.998-0 a realizar el pago de la prestación de nuestros servicios de la siguiente forma:

Cheque: _____

Abono en cuenta

Nombre completo del titular de la cuenta: _____

Tipo de cuenta: Ahorros: Corriente: _____

Banco: _____ Ciudad: _____

No. de cuenta: _____

6. AUTORIZACIONES Y MANIFESTACIONES

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Fiduagraria S.A. como responsable del tratamiento de datos personales, le informa que usted como titular de sus datos personales tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar, suprimir, y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de los datos personales; asimismo podrá negarse a autorizar el tratamiento de sus datos sensibles, siendo entonces facultativo su otorgamiento. Los anteriores derechos los podrá ejercer en cualquier momento y a través de los diferentes canales de contacto de Fidagraria S.A y al correo electrónico servicioalcliente@fiduagraria.gov.co.

En consecuencia, autorizo a Fidagraria S.A., de manera libre, expresa, inequívoca e informada, para recolectar usar y tratar mis datos personales y sensibles, dentro de las finalidades legales, pre-contractuales, contractuales y comerciales relacionadas con los servicios y/o productos de Fidagraria S.A. Lo anterior conforme a la política de tratamiento de datos personales que se encuentra disponible para su consulta en [www.fiduagraria.gov.co/Nuestra Compañía/Políticas, Planes y Proyectos](http://www.fiduagraria.gov.co/NuestraCompania/Politicas,PlanesyProyectos).

Autorizo SI NO

En constancia de haber leído y aceptado lo anterior firmo el presente documento:

FIRMA
NOMBRE

Impresión Dactilar

7. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Documentos anexos que deben remitir para la vinculación:

1. Fotocopia del documento de identidad ampliada al 150%.
2. Fotocopia del RUT
3. Constancia de ingresos, certificado laboral, certificación de contador público, certificado de ingresos y retenciones del año anterior, o declaración de renta.

Nota:

Tenga en cuenta que deberá remitir la siguiente información si le aplica:

1. Para declarantes, fotocopia de la Declaración de Renta del último periodo gravable.
2. Para personas obligadas a llevar contabilidad Estados Financieros certificados o dictaminados a la última fecha de corte disponible.

8. ESPACIO DE USO EXCLUSIVO PARA LA FIDUCIARIA

Verificación de la información y documentación suministrada (supervisor del contrato)

Se verificó en listas de vedados (OFAC, ONU) SI NO Fecha de la consulta: DD MM AA

Observaciones:

La presente información es consistente con la documentación presentada y con la verificación de datos realizada.

Nombre del supervisor que realiza la verificación: Fecha de la verificación: DD MM AA

Cargo del funcionario: Firma del funcionario:

Observaciones del supervisor del contrato: