

Registró OTROS - Persona Natural



(En cumplimiento de los artículos 102 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas que regulan SARLAFT)

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES			
IDENTIFICACIÓN:		C.C. <input type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	NUIP <input type="checkbox"/>	Lugar y fecha de expedición:
No.							
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:							
DIRECCIÓN RESIDENCIA			CIUDAD		TELÉFONO		
DIRECCIÓN OFICINA			CIUDAD		TELÉFONO		FAX
E-MAIL							
OCUPACIÓN, OFICIO O PROFESIÓN			DETALLE ACTIVIDAD: Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>				
			Otra <input type="checkbox"/> Cuál?				
EMPRESA DONDE TRABAJA			CARGO				

Declaraciones y Autorizaciones

- Declaro que los recursos que entregue o llegare a entregar no provienen ni tienen como destino ninguna actividad ilícita o tipificada como delito en el código penal; no admitiré que terceras personas efectúen depósitos en sus cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a dichas operaciones.
- Declaro que la información suministrada es veraz y autorizo a ALIANZA FIDUCIARIA. para obtenerla, verificarla, consultarla, usarla, intercambiarla, conocerla y reportarla en cualquier central de riesgo o en cualquier otra fuente de información incluyendo a autoridades nacionales o extranjeras que llegasen a solicitarla (pudiendo ser, pero sin limitarse, para efectos de FATCA entre otros) , sin perjuicio de pagos o retribuciones.
- Declaro que no tengo ni mantengo relaciones comerciales, legales, financieras ni de otra índole con personas que se encuentren o estén relacionadas con delitos de lavado de activos o financiación del terrorismo.
- Me comprometo a actualizar y enviar la información contenida en el registro de clientes por lo menos una vez al año y acepto que ALIANZA FIDUCIARIA. Pueda cancelar unilateralmente el (los) contrato(s) que me vincule(n) a su(s) producto(s) o servicio(s) si desatiendo mi obligación de actualizar la información.
- Autorizo a ALIANZA FIDUCIARIA para el tratamiento de mis datos personales en los términos estipulados por la entidad como compartir información con Alianza Valores S.A. y declaro haber leído y entendido la información que al respecto se encuentra publicada en la página web <http://www.alianza.com.co/manualde-tratamiento-de-datos-personales>.

Las anteriores declaraciones y manifestaciones las realizo bajo la gravedad de Juramento.

Salvo manifestación expresa por parte del cliente, se entenderá que la información suministrada en la actualización de datos REEMPLAZA la información previamente suministrada.

PERSONA NATURAL		FUNCIONARIO ALIANZA FIDUCIARIA S.A.	
Firma		Firma	
Fecha de diligenciamiento		Huella índice derecho	
Ciudad:		Nombre	
Nombre			

ANEXAR:

- Fotocopia del documento de identidad vigente.