

**FORMATO DE SOLICITUD PRODUCTOS PASIVOS Y FONDOS DE INVERSIÓN COLECTIVA - PERSONA NATURAL
PLA 65**

Ciudad _____ Fecha Solicitud
Año Mes Día

USO EXCLUSIVO DEL BANCO Y/O CUALQUIERA DE SUS FILIALES

Oficina y Código	Responsable de la Relación Comercial	Código	Cuenta Cliente No.
------------------	--------------------------------------	--------	--------------------

Tipo de Vinculación Solicitante Empleado Banco o Filial

PRODUCTOS SOLICITADOS

Banco	Sociedad Fiduciaria	Comisionista de Bolsa
<input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros Nómina <input type="checkbox"/> CDT <input type="checkbox"/> CDAT	<input type="checkbox"/> Fondo de Inversión Colectiva	<input type="checkbox"/> Comisión y Administración de Valores <input type="checkbox"/> Fondo de Inversión Colectiva <input type="checkbox"/> Derivados Estandarizados <input type="checkbox"/> E-Trading <input type="checkbox"/> Otro Producto Cuál? _____

DATOS PERSONALES

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Tipo Documento de Identidad <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> PAS. <input type="checkbox"/> NIT		No. Documento	Lugar Expedición - Departamento
Fecha de Nacimiento	Ciudad de Nacimiento/Departamento	Nacionalidad	Fecha Expedición
Año Mes Día			Año Mes Día
Residente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si Usted Tiene Otras Nacionalidades Mencione los Países	
Número(s) de Identificación(es) en el Extranjero	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Profesión	Correo Electrónico
Ocupación <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Diplomático <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Rentista de Capital <input type="checkbox"/> Militar Activo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado-Socio <input type="checkbox"/> Transportador <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado/Jubilado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Microempresario <input type="checkbox"/> Militar Retirado <input type="checkbox"/> Socio			
Detalle de la Actividad Económica			Código CIUU
Es Responsable Fiscal en el Extranjero <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		En Caso Afirmativo indique	
		País _____	No. Documento (TIN) _____
		País _____	No. Documento (TIN) _____
Dirección Residencia en Colombia		Barrio	Teléfono Residencia Celular
			Ciudad / Departamento
Tiene dirección y/o teléfono de residencia en otro país <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En Caso Afirmativo Suministre la Información			
País		Dirección	
		Teléfono	

ACTIVIDAD LABORAL

Nombre de la Empresa Donde Trabaja		Cargo Actual		Fecha de Vinculación	
				Año Mes Día	
Dirección Empresa		Ciudad	Departamento	Teléfono	Ext. Fax
Si es persona independiente o empleado socio diligencie los siguientes datos					
Nombre del Establecimiento					NIT
Cargo Actual		Fecha Inicio Actividad	Ventas Anuales del Establecimiento	Fecha Ventas	No. de Empleados
		Año Mes Día		Año Mes Día	
Dirección del Establecimiento					
Ciudad		Departamento	Teléfono	Celular	Fax

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos Mensuales	Egresos Mensuales	Total Activos
Ingresos Mensuales \$ _____	Egresos Mensuales \$ _____	Total Activos \$ _____
Otros Ingresos (**) \$ _____	Otros Egresos (**) \$ _____	Total Pasivos \$ _____
Total Ingresos \$ _____	Total Egresos \$ _____	
(**) Detalle _____	(**) Detalle _____	

OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza Operaciones Internacionales? Si No Posee Cuenta Corriente en Moneda Extranjera? Si No
Tipo de Operación Importación Préstamos en M/E Transferencias Pago de Servicios Giros
 Exportación Inversiones Remesas Cambio de Divisas Otra Cuál? _____
Especifique por Cada Tipo de Operación: Monto, País, Moneda y Periodicidad de Realización _____

Si Posee Cuenta Corriente en Moneda Extranjera Diligencie la Siguiete Información

Banco	Cuenta No.	Moneda	Ciudad	País
Banco	Cuenta No.	Moneda	Ciudad	País

REFERENCIAS

Familiar (Que No Viva con Usted)

Nombres y Apellidos	Parentesco	Dirección	Teléfono	Ciudad	Departamento
---------------------	------------	-----------	----------	--------	--------------

Personal (No Familiar)

Nombres y Apellidos	Dirección	Teléfono	Ciudad	Departamento
---------------------	-----------	----------	--------	--------------

ENVÍO DE INFORMACIÓN DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS FINANCIEROS

Indique el medio por el cual desea recibir información de sus Productos y/o Servicios Financieros Correo Electrónico Banca Virtual
Indique el medio por el cual desea recibir el Reporte Anual de Costos Correo Electrónico Banca Virtual Residencia
Realizará operaciones a través de medios electrónicos? Si No Autoriza recibir mensajes de texto a través de celular o información a través de correo electrónico? Si No

Observaciones:

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE BIENES Y/O FONDOS

Yo, _____ identificado con el documento de identidad No. _____ expedido en _____ obrando en nombre propio, como apoderado y/o representante de un menor y dando certeza que todo lo aquí consignado es cierto, veraz y verificable, realizo la siguiente declaración de origen de bienes y/o fondos al Banco GNB Sudameris S.A. y/o cualquiera de sus Filiales, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto por la Superintendencia Financiera de Colombia y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de productos financieros.

- Los recursos que entregue en depósito, en inversión o en garantía o para cancelar obligaciones a mi nombre, provienen de las siguientes fuentes (descripción y detalle de la actividad o negocio) _____
- Los bienes que poseo provienen de _____
- País origen de los fondos _____
- Declaro que los recursos que entregue no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
- No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas, cancelen obligaciones o realicen inversiones para con el Banco GNB Sudameris S.A. y/o cualquiera de sus Filiales, con fondos provenientes de actividades ilícitas o aparentemente lícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
- Destinaré los fondos que procedan de cualquier financiación que me otorgue el Banco GNB Sudameris S.A. y/o cualquiera de sus Filiales, a los fines específicos para los que hayan sido concedidos y en ningún caso para la realización de actividades ilícitas.
- Autorizo al Banco GNB Sudameris S.A. y/o cualquiera de sus Filiales para saldar o cancelar cuentas, depósitos y/o productos de cualquier tipo, que mantenga en dichas instituciones y para declarar de plazo vencido las obligaciones a mi cargo, en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a dichas entidades de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o la violación de los compromisos aquí adquiridos.

INEMBARGABILIDAD

Favor marcar con "X" y diligenciar este espacio en el evento que la siguiente manifestación aplique:
Manifiesto que los recursos que se manejarán en el producto solicitado tienen la calidad de inembargables lo cual, acredito en la fecha mediante (Citar el nombre del documento que aporta el Cliente) _____

SOLICITUD DE EXENCIÓN DE IMPUESTO GMF (LEY 1111 DE 2006)

Solicito al Banco GNB Sudameris S.A. el beneficio de exención definido por el Artículo 872 de la Ley 1111 del 2006, para la cuenta de ahorros No. _____ de la cual soy titular y declaro bajo juramento, que conozco y acepto que la exención prevista sólo se puede aplicar a una cuenta de ahorros por persona. Hago la petición anterior, en razón a que no he solicitado ni solicitaré el beneficio a ninguna otra cuenta de ahorros en la misma entidad o en otro establecimiento de crédito. Autorizo al Banco GNB Sudameris S.A. a realizar las consultas de verificación necesarias y a reportar a las autoridades competentes, mi identificación y la cuenta de ahorros que he elegido para la exención del GMF (4 x mil) en esta solicitud.

Cuenta Eximida Si No Fecha de Marcación de Exención Nombre del Responsable de la Verificación
_____ Año | Mes | Día _____

Observaciones

CUENTAS BANCARIAS AUTORIZADAS PARA CONSIGNAR (CLIENTES DE SERVITRUST GNB SUDAMERIS S.A. Y/O SERVIVALORES GNB SUDAMERIS S.A.)

Sistema de Pago y Transferencia				<input type="checkbox"/> SEBRA <input type="checkbox"/> DCV <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> ACH <input type="checkbox"/> Otro		Especificar _____	
Banco	Tipo de Cuenta		Número de Cuenta			Ciudad	
	<input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Fondo de Inversión Colectiva						
Nombre del Titular			Tipo Documento de Identidad		No. Documento de Identidad		
			<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> PAS. <input type="checkbox"/> NIT				
Banco	Tipo de Cuenta		Número de Cuenta			Ciudad	
	<input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Fondo de Inversión Colectiva						
Nombre del Titular			Tipo Documento de Identidad		No. Documento de Identidad		
			<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> PAS. <input type="checkbox"/> NIT				

AUTORIZACIONES

1. CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN FINANCIERA. Autorizo expresa e irrevocablemente, con carácter permanente al Banco GNB Sudameris S.A. y/o cualquiera de sus Filiales, o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor, para que con fines estadísticos de información comercial y de evaluación de riesgos, en la realización de negocios financieros y de operaciones activas de crédito, reporte, procese, solicite, consulte y divulgue a las Centrales de Información Financiera o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, todo lo relativo al nacimiento, modificación y extinción de obligaciones que directa o indirectamente tenga contraídas o vigentes hasta la total extinción de las obligaciones a mi cargo por cualquier medio legal y después de ello durante el plazo máximo que para el efecto autoricen la ley o la jurisprudencia. Así mismo, autorizo irrevocablemente al Banco GNB Sudameris S.A. y/o a cualquiera de sus Filiales, para que debite de cualquier depósito o producto que tenga en el Banco GNB Sudameris S.A. y/o cualquiera de sus Filiales, los valores correspondientes a las consultas realizadas ante las centrales de información financiera. La presente autorización se extiende a favor de aquellas entidades que otorguen garantías para respaldar obligaciones adquiridas por mi con el Banco GNB Sudameris S.A. y/o cualquiera de sus Filiales.

2. SUMINISTRO DE INFORMACIÓN. La información general aquí contenida la suministro para efectos de mi vinculación o contratación de productos con el Banco GNB Sudameris S.A. y/o cualquiera de sus Filiales. Autorizo la remisión de la información y/o documentación al Banco GNB Sudameris S.A. y/o cualquiera de sus Filiales a las que sucesivamente me vincule.

3. DESTRUCCIÓN DE DOCUMENTOS. Autorizo irrevocablemente al Banco GNB Sudameris S.A. y/o a cualquiera de sus Filiales, para que en caso que la solicitud sea negada, destruya los documentos que he aportado, siendo por ende responsable el citado Banco de efectuar la destrucción de los documentos entregados.

4. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN. Autorizo irrevocablemente al Banco GNB Sudameris S.A. y/o a cualquiera de sus Filiales a través suyo y/o de cualquiera de sus Filiales de acuerdo con los convenios existentes, para verificar directamente o a través de la entidad que dichas instituciones designen, la información por mi suministrada en el presente documento.

5. GRABACIÓN Y REPRODUCCIÓN DE COMUNICACIONES. Autorizo grabar y reproducir todas las comunicaciones y/o las conversaciones telefónicas que se mantengan en desarrollo de las relaciones contractuales del solicitante con el Banco GNB Sudameris S.A y/o cualquiera de sus Filiales.

6. ENVÍO DE INFORMACIÓN. Autorizo al Banco GNB Sudameris S.A. y/o a cualquiera de sus filiales, para enviar información, al número celular y/o al correo electrónico, indicados en el presente documento.

7. FATCA - CRS. Respecto al cumplimiento de los tratados de intercambio de información tributaria con otros países, autorizo al Banco GNB Sudameris y/o cualquiera de sus Filiales a proporcionar, directa o indirectamente la información contenida en este formulario y/o una copia de este formulario a cualquier autoridad fiscal, agente retenedor o cualquier parte autorizada para auditar o realizar un control similar para fines fiscales, así como a divulgar a tales autoridades fiscales o tal agente retenedor, cualquier información adicional que pudiese poseer y que sea pertinente para mi calificación.

8. ACEPTACIÓN DE TERMINOS E INFORMACIÓN SUMINISTRADA. Manifiesto que he entendido y he diligenciado de manera voluntaria y veraz, toda la información contenida en la presente solicitud de productos. Así mismo manifiesto que obrando en nombre propio y de manera voluntaria declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada en esta entrevista es cierta.

Firmo en señal de aceptación del contenido del presente formato.

Firma del Solicitante
Documento de Identidad No. _____



ENTREVISTA DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

De acuerdo con la información suministrada por el cliente, el análisis de la misma y el resultado de la entrevista realizada, certifico que el Cliente de la referencia cumple con el perfil establecido según las políticas establecidas en el SARLAFT de la Entidad y que he cumplido con las políticas y procedimientos establecidos para la vinculación y conocimiento del cliente.

Fecha de Entrevista _____ Lugar o Sitio de la Entrevista _____ Hora _____
 Año | Mes | Día

El Cliente es:

1. Persona o Familiar de una Persona Políticamente Expuesta? Si No
2. Persona o Familiar de una Persona que goza de reconocimiento público? Si No
3. Persona o Familiar de una Persona que es representante legal de una organización internacional? Si No
4. PEP Si No En caso afirmativo seleccione Directo Indirecto
5. Es exintegrante de las FARC, reincorporado a la vida civil? Si No

Firma del Responsable de la Relación Comercial
 Nombre _____
 Cargo _____

Firma de Quien Realiza la Entrevista
 Nombre _____
 Cargo _____

Segmento del Cliente _____ Subsegmento del Cliente _____

Observaciones _____

DOCUMENTACIÓN MÍNIMA REQUERIDA (A. Asalariados - I. Independientes - P. Pensionados)

Documentos	Cuenta de Ahorros	Cuenta de Ahorros Nómina	CDT/CDAT	Productos Bursátiles	Fondos de Inversión Colectiva
Formato de solicitud productos pasivos persona natural (PLA-65) totalmente diligenciado y firmado en presencia del Responsable de la vinculación.	AIP	A	AIP	AIP	AIP
Fotocopia documento de identidad (CC, TI, CE, CD*, PAS.*) de titulares ampliada al 150% con firma y huella.	AIP	AIP	AIP	AIP	AIP
Certificado de ingresos, honorarios u otros, firmado por Contador Público.	I			AI	I
Certificado laboral original donde conste: nombre del empleado, documento de identidad, antigüedad, cargo, salario, tipo de contrato, ingreso adicional o fijo considerado como salario; con fecha de expedición no mayor a cuarenta y cinco (45) días y/o Certificado de Ingresos y Retenciones.	A	A***			A
Fotocopia de la declaración de renta** del último período gravable, en caso de estar obligado a declarar.	AIP			AIP	AIP
Estados financieros certificados a la última fecha de corte.****	I				
Fotocopia de la tarjeta profesional del Contador que certifica los estados financieros.	I				
Resolución que acredite la calidad de exento de impuestos.	AI		AI		
Fotocopia de la resolución que lo acredita como Pensionado o certificado de la entidad que otorga la pensión con fecha no mayor a cuarenta y cinco (45) días.	P	P			P

DOCUMENTACIÓN QUE SUMINISTRA EL BANCO GNB SUDAMERIS S.A. Y/O CUALQUIERA DE SUS FILIALES (A. Asalariados - I. Independientes - P. Pensionados)

Tarjetas de firmas y condiciones de manejo del solicitante y personas autorizadas.	AIP			AIP	AIP
Formato registro de condiciones para constitución y novedades.			AIP		
Contrato y/o reglamento.	AIP	A	AIP	AIP	AIP
Términos y Condiciones de los Segmentos de la Banca de Consumo.	AIP	AIP	AIP		
Encuesta perfil de riesgo y categorización del Cliente Fondo de Inversión Colectiva.					AIP
Constancia entrega de recursos Fondo de Inversión Colectiva.					AIP

* Fotocopia de Carnet Diplomático (CD) y Pasaporte (PAS) para cuentas transitorias.

** Para el caso de cuentas de ahorros los no declarantes deberán presentar carta de no declarantes.

*** Se requiere si la apertura se realiza a través de la red nacional de oficinas.

**** Se solicita solo para personas naturales con establecimiento de comercio.

La Entidad se reserva el derecho de solicitar información adicional en caso que se requiera.