

1. Nombre de la persona jurídica: _____

2. NIT:

3. Nombre del representante legal: _____

4. Tipo de documento de identidad:

C.C: CE:

5. No. De Identificación:

6. Departamento de ubicación persona jurídica: _____

7. Ciudad de ubicación persona jurídica: _____

8. Dirección de domicilio: _____

9. Teléfono fijo: _____

9. Teléfono móvil:

10. Correo electrónico:

11. Departamento y municipios en donde tiene capacidad administrativa:

Departamento	Municipios

Firma del representante legal:

Nombre:

No. De identificación:

Dirección General: Carrera 7 # 32-42 Centro Comercial San Martín Local 107 - PBX 7431444

Cali: Carrera 3 No. 12 - 40 Piso 12 Centro Financiero La Ermita - PBX 4893768

Medellín: Carrera 43A No. 14-27 Of. 901 Edificio Colinas del Poblado- Tel. 6040132

Barranquilla: Carrera 57 No. 99 A – 65 Of. 1601 Torre Sur Centro Empresarial Torres del Atlántico - Tel. 3855089

Línea Gratuita Nacional: 01 8000 111612 - atencionalciudadano@saesas.gov.co - www.saesas.gov.co

FORMATO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN PERSONA JURÍDICA

Fecha:

Señores:

SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES S.A.S.

Calle 93B No. 13-47

Bogotá D.C.

Referencia: Convocatoria pública No. 002 de 2023

Yo _____ el suscrito en calidad de representante legal de _____ identificada con NIT _____ de acuerdo con las condiciones que se estipulan en los documentos de la convocatoria, manifiéstanos que cumplimos con las condiciones para solicitar la inclusión en el registro de depositarios provisionales y liquidadores de activos del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado – FRISCO y manifestamos expresamente:

1. Que conocemos la información general, las condiciones, sus anexos y formatos, y, aceptamos su contenido y los requisitos en ellos establecidos.
2. Que declaramos bajo la gravedad de juramento, que toda la información aportada y contenida en nuestra solicitud es veraz y susceptible de comprobación.
3. Que acusamos el recibo de las comunicaciones y Adendas (si a ello hubiere lugar), expedidas por la SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES S.A.S., durante el período de la convocatoria y manifiéstanos haberla(s) leído y conocerla(s) y por tanto nos sometemos a ella(s).
4. Que, si se nos aceptan la solicitud, nos comprometemos a constituir las garantías requeridas dentro del término señalado para ello.
5. Que en caso de que nos fuere aceptada la solicitud en la presente convocatoria, me nos comprometemos a ejecutar todas las obligaciones que se requieran por parte de la SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES S.A.S. y al terminar la actividad nos comprometemos a suscribir los documentos a que haya lugar dentro de los plazos previstos.
6. Que ninguna otra persona tiene interés comercial en la solicitud ni en el contrato o acto administrativo

Dirección General: Carrera 7 # 32-42 Centro Comercial San Martín Local 107 - PBX 7431444

Cali: Carrera 3 No. 12 - 40 Piso 12 Centro Financiero La Ermita - PBX 4893768

Medellín: Carrera 43A No. 14-27 Of. 901 Edificio Colinas del Poblado- Tel. 6040132

Barranquilla: Carrera 57 No. 99 A – 65 Of. 1601 Torre Sur Centro Empresarial Torres del Atlántico - Tel. 3855089

Línea Gratuita Nacional: 01 8000 111612 - atencionalciudadano@saesas.gov.co - www.saesas.gov.co

que se llegue a suscribir y que no hemos establecido acuerdos contrarios a la legalidad.

7. Que nos comprometemos a ejecutar totalmente la actividad en los plazos establecidos en los documentos, las condiciones, sus anexos y formatos, si resulto (resultamos) seleccionados en el proceso.
8. Así mismo, declaramos **BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**, y nos sujetamos a las sanciones establecidas en el Art. 442 del Código Penal - Ley 599 de 2000, lo siguiente:
 - a. Que la información contenida en la solicitud es verídica y que asumimos total responsabilidad frente a la **SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES S.A.S.**, cuando los datos suministrados sean falsos o contrarios a la realidad, sin perjuicio de lo dispuesto en el Código Penal y demás normas concordantes. Así mismo, nos comprometemos a suministrar a la **SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES S.A.S.**, la información que soporta los datos suministrados cuando éste lo requiera.
 - b. Que no existen causales de inhabilidad o incompatibilidad, ni conflicto de intereses y/o prohibiciones, de las señaladas en la Constitución Política y la Ley, especialmente respecto de las contempladas en la Ley 1474 de 2011, la Ley 2195 de 2022 y demás normas concordantes, que impidan la participación del postulado en el presente proceso y en la celebración y ejecución del respectivo contrato o acto administrativo. Asimismo, certifico que no existen sanciones vigentes.

NOTA: Se recuerda al participante que, si está incurso en alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad y/o bajo una prohibición especial para vincularse con la entidad no puede participar en el proceso de selección y debe abstenerse de presentar su solicitud.
 - c. Que no nos encontramos incursos en causal alguna de disolución y/o liquidación. Así mismo, manifestamos que no nos encontramos adelantando ningún proceso de reestructuración de los establecidos en la ley 550 de 1999.

NOTA: Se recuerda al proponente que, si está adelantando algún proceso liquidatorio o de reestructuración de los establecidos en la Ley 550 de 1999, no puede participar en el proceso de selección y debe abstenerse de presentar su solicitud.
9. Que no hemos sido sancionados por ninguna Entidad Oficial por incumplimiento de obligaciones mediante providencia ejecutoriada o acto administrativo en firme dentro de los últimos tres (3) años anteriores a la fecha de presentación de esta solicitud.
10. Que ninguna otra persona con vínculos de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad con el firmante ha presentado solicitud para este proceso.

Dirección General: Carrera 7 # 32-42 Centro Comercial San Martín Local 107 - PBX 7431444

Cali: Carrera 3 No. 12 - 40 Piso 12 Centro Financiero La Ermita - PBX 4893768

Medellín: Carrera 43A No. 14-27 Of. 901 Edificio Colinas del Poblado- Tel. 6040132

Barranquilla: Carrera 57 No. 99 A - 65 Of. 1601 Torre Sur Centro Empresarial Torres del Atlántico - Tel. 3855089

Línea Gratuita Nacional: 01 8000 111612 - atencionalciudadano@saesas.gov.co - www.saesas.gov.co

11. Que he leído cuidadosamente los documentos, las condiciones, sus anexos y formatos, y, en consecuencia, me someto a ella, manifestando que me he enterado suficientemente de las condiciones exigidas y de las circunstancias en las cuales la entidad aceptaría la solicitud de registro y, en términos generales, de las circunstancias que puedan afectar la ejecución de la actividad.
12. Que la postulación contempla todas las condiciones generales y particulares establecidas en el documento de términos y condiciones y nos comprometemos a cumplir con la totalidad de especificaciones técnicas requeridas por la Entidad.
13. Que no conozco ningún hecho irregular que comprometa la transparencia de este proceso y deba ser denunciado a la entidad.
14. Que la persona jurídica que represento no se encuentra relacionada en el Boletín de Responsables fiscales, expedido por la Contraloría General de la República, ni aparezco o aparece en el Boletín de deudores con el Estado.
15. Que de conformidad con el numeral 1 del artículo 67 de la Ley 1437 de 2011, **SI** _____ **NO** _____ autorizó y aceptó ser notificado de los actos administrativos expedidos con ocasión del presente proceso de selección a través de la página web de la entidad y a través de la siguiente dirección de correo electrónico: _____.
16. Que suministro la siguiente información para efectos de notificar o comunicar todos los actos que la **SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES S.A.S.**, deba o considere necesario efectuar durante el curso del proceso.
17. Asumimos la totalidad de los costos que demande la ejecución del objeto de la convocatoria.

El suscrito recibirá las notificaciones relacionadas con el presente proceso en:

Dirección:

Ciudad:

Teléfono:

Correo electrónico:

Firma:

FIRMA ORIGINAL DEL REPRESENTANTE LEGAL:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
NOMBRE Y NIT DE LA PERSONA JURÍDICA:

Dirección General: Carrera 7 # 32-42 Centro Comercial San Martín Local 107 - PBX 7431444
Cali: Carrera 3 No. 12 - 40 Piso 12 Centro Financiero La Ermita - PBX 4893768
Medellín: Carrera 43A No. 14-27 Of. 901 Edificio Colinas del Poblado- Tel. 6040132
Barranquilla: Carrera 57 No. 99 A – 65 Of. 1601 Torre Sur Centro Empresarial Torres del Atlántico - Tel. 3855089
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 111612 - atencionalciudadano@saesas.gov.co - www.saesas.gov.co

FORMATO No. 2

CERTIFICACIÓN DE PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE APORTES
PARAFISCALES

Fecha:

Señores:
SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES S.A.S.
Calle 93B No. 13-47
Bogotá D.C.

Referencia: Convocatoria pública No. 002 de 2023

Para el Representante Legal use el siguiente texto:

Yo, _____ identificado con documento de identidad No: _____ en mi condición de Representante Legal de _____ identificada con NIT _____ debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____ certifico el pago de los aportes realizados durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la solicitud para la convocatoria, por los conceptos de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Dada en _____ a los _____ días del mes de _____ de 2023.

Firma del Representante Legal:

**FIRMA ORIGINAL PROPONENTE O REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE
DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

FORMATO No. 2**CERTIFICACIÓN DE PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE APORTES
PARAFISCALES****Fecha:**

Señores:
SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES S.A.S.
Calle 93B No. 13-47
Bogotá D.C.

Referencia: Convocatoria pública No. 002 de 2023**Para el Revisor Fiscal use el siguiente texto:**

Yo _____ identificado con documento de identidad No. _____ y con Tarjeta Profesional No. _____ de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de Revisor Fiscal de _____ identificada con NIT _____ debidamente inscrito en la Cámara de Comercio de _____ luego de examinar, de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, certifico el pago de los aportes realizados por la compañía durante los últimos seis (6) meses calendario legalmente exigibles a la fecha de presentación de la solicitud para la presente convocatoria por los conceptos de salud, pensiones, riesgos profesionales, cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA.

Estos pagos corresponden a los montos contabilizados y pagados por la compañía durante dichos 6 meses. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Dada en _____ a los _____ días del mes de _____ de 2023.

Firma del Revisor Fiscal:

**FIRMA ORIGINAL PROPONENTE O REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE
DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

Dirección General: Carrera 7 # 32-42 Centro Comercial San Martín Local 107 - PBX 7431444
Cali: Carrera 3 No. 12 - 40 Piso 12 Centro Financiero La Ermita - PBX 4893768
Medellín: Carrera 43A No. 14-27 Of. 901 Edificio Colinas del Poblado- Tel. 6040132
Barranquilla: Carrera 57 No. 99 A – 65 Of. 1601 Torre Sur Centro Empresarial Torres del Atlántico - Tel. 3855089
Línea Gratuita Nacional: 01 8000 111612 - atencionalciudadano@saesas.gov.co - www.saesas.gov.co

FORMATO No. 3

COMPROMISO DE TRANSPARENCIA Y ANTICORRUPCIÓN
PERSONA JURÍDICA

Fecha:

Bogotá D.C.,

Señores:

SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES S.A.S.

Calle 93B No. 13-47

Bogotá D.C.

Referencia: Convocatoria pública No. 002 de 2023

El (la) suscrito(a) a saber: _____ domiciliado(a) en _____, identificado/a con documento de identidad No. _____ de _____, quien obra en calidad de representante legal de _____ identificada con NIT _____ tal como consta en el Certificado de existencia y representación legal, quien en adelante se denominará el **aspirante**, manifiesto la voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente **COMPROMISO DE TRANSPARENCIA Y ANTICORRUPCIÓN**, dentro de la convocatoria y en consecuencia me obligo a:

1. Respetar todas y cada una de las decisiones, que en desarrollo del proceso de selección adopte la **SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES S.A.S.**, sin perjuicio de su impugnación por las vías y en las oportunidades legalmente dispuestas.
2. Apoyar la acción del Gobierno Nacional y particularmente de la **SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES S.A.S.** en aras de propender por el fortalecimiento y el cumplimiento de los principios de legalidad, transparencia y buena fe en todas las actuaciones y al momento de rendir cuentas.
3. Abstenerme de dar, ofrecer dinero u otra utilidad de manera directa o indirecta a través de terceros, a ningún funcionario público, ni a sus parientes en cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad y/o primero civil, ni a persona alguna ya sea natural o jurídica que actúe como funcionario, servidor, empleado, asesor, consultor y/o contratista de la **SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES S.A.S.**, con el fin de influir en la determinación de las condiciones del documento de términos y condiciones, sus anexos y formatos y/o en la evaluación de las solicitudes del presente proceso de selección.
4. He de declarar que el origen de los fondos, empréstitos, inversiones, aportes y participaciones económicas a cualquier nivel y concernientes al presente proceso son producto de la realización de actividades económicas lícitas y que los mismos, no provienen de actividades ilícitas ni de actividades relacionadas en cualquier forma con el tráfico de estupefacientes, lavado de activos y/o cualquier otra actividad proscrita por la legislación nacional e internacional.

Dirección General: Carrera 7 # 32-42 Centro Comercial San Martín Local 107 - PBX 7431444

Cali: Carrera 3 No. 12 - 40 Piso 12 Centro Financiero La Ermita - PBX 4893768

Medellín: Carrera 43A No. 14-27 Of. 901 Edificio Colinas del Poblado- Tel. 6040132

Barranquilla: Carrera 57 No. 99 A – 65 Of. 1601 Torre Sur Centro Empresarial Torres del Atlántico - Tel. 3855089

Línea Gratuita Nacional: 01 8000 111612 - atencionalciudadano@saesas.gov.co - www.saesas.gov.co

5. He de declarar que, no están incluidos en listas nacionales o internacionales de lavado de activos y las demás que se determinen de acuerdo con el sistema SARLAFT de la entidad.
6. Utilizar las oportunidades y mecanismos jurídicos que la Ley pone a disposición, con estricta sujeción al principio de la buena fe, evitando cualquier forma de abuso del derecho.
7. No utilizar en la etapa de evaluación de las solicitudes, argumentos sobre el cumplimiento de requisitos diferentes a los establecidos en la convocatoria, para efectos de buscar la descalificación de otros participantes.
8. Denunciar inmediatamente ante la **SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES**, o ante los Órganos de Control, cualquier actuación irregular ejecutada por funcionarios de la Entidad y/o de los participantes.

Las anteriores consideraciones se entienden prestadas bajo la gravedad de juramento, con la suscripción del presente documento.

Para constancia firmo de manera voluntaria, en Bogotá D.C., a los _____ días del mes de _____ de 2023.

Firma:

FIRMA ORIGINAL DEL REPRESENTANTE LEGAL

DIRECCIÓN

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

FORMATO No 4.

**CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y/O CONSULTAS
PERSONA JURÍDICA**

Fecha:

Bogotá D.C.,

Señores:

SOCIEDAD DE ACTIVOS ESPECIALES S.A.S.

Calle 93B No. 13-47

Bogotá D.C.

Yo _____, identificado con documento de identidad No. _____ de _____, en calidad de representante legal de la sociedad _____ identificada con NIT _____, manifiesto que:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para vincularme con las Entidades Estatales de conformidad con la Constitución Política de Colombia, la Ley 1474 de 2011, la Ley 2195 de 2022 y demás normas sobre la materia, así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas.

Declaro que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, ni mis socios, ni tampoco la sociedad que represento, y que, consultados los antecedentes disciplinarios, judiciales y el boletín de responsables fiscales, a la fecha no se registra ningún antecedente respecto de las personas aquí señaladas.

Dado en Bogotá D.C., a los _____ días del mes de _____ de 2023.

Firma:

FIRMA ORIGINAL REPRESENTANTE LEGAL
DOCUMENTO DE IDENTIDAD
DIRECCIÓN
TELÉFONO
CORREO ELECTRÓNICO



FORMATO CONOCIMIENTO DEL TERCERO - PERSONA JURÍDICA
PROCESO GOBIERNO Y GESTIÓN DE LA ESTRATEGIA
MACROPROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Código: F-DE2-483
Versión No.: 02
Vigencia desde: 02 – 06 - 2023

☐ Nuevo
☐ Actualización

Fecha de Diligenciamiento
AA MM DD

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Razón Social:			Tipo de empresa <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Pública	
<input type="checkbox"/> NIT N° _____	<input type="checkbox"/> Fecha de constitución dd mm aaaa	<input type="checkbox"/> Sucursal (sede)	<input type="checkbox"/> ¿Esta obligado a tributar en un país diferente a Colombia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/> Oficina principal / casa matriz	<input type="checkbox"/> Indique cuál (Ver numeral 15 SSF)		
Actividad <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Financiero <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____				
Clase de empresa <input type="checkbox"/> Consorcio <input type="checkbox"/> En comandita por acciones <input type="checkbox"/> Asociación civil <input type="checkbox"/> Entidad sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/> Sociedad de hecho <input type="checkbox"/> Unipersonal <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> En comandita simple <input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/> Sociedad anónima <input type="checkbox"/> Empresa asociativa de trabajo <input type="checkbox"/> SAS				
País de constitución de la empresa <input type="checkbox"/> Colombia <input type="checkbox"/> Estados Unidos <input type="checkbox"/> Otro _____		Entidad pública descentralizada de orden <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Departamental		Entidad pública <input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Nación <input type="checkbox"/> Municipio
Tipos de entidad <input type="checkbox"/> Empresa de servicios públicos domiciliarios <input type="checkbox"/> Empresa industrial y comercial del estado <input type="checkbox"/> Personas jurídicas de derecho canónico <input type="checkbox"/> Unidades administrativas especiales del estado		<input type="checkbox"/> Entidades religiosas no católicas <input type="checkbox"/> Corporaciones y asociaciones <input type="checkbox"/> Sociedades de economía mixta <input type="checkbox"/> Empresas sociales del estado		<input type="checkbox"/> Fondos de empleados <input type="checkbox"/> Conjuntos residenciales <input type="checkbox"/> Establecimiento público <input type="checkbox"/> Entidades financieras <input type="checkbox"/> Precooperativas <input type="checkbox"/> Fondos de inversión <input type="checkbox"/> Cooperativas <input type="checkbox"/> Sindicatos <input type="checkbox"/> Otra, ¿Cuál? _____
<input type="checkbox"/> Entidad cuyas acciones se coticen regularmente en bolsa. ¿Ante cuál entidad está registrado y vigilado como emisor?			<input type="checkbox"/> ¿La Entidad es un organismo financiero extranjero? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Dirección de la empresa		Barrio	Ciudad	Departamento
Teléfono de la empresa	Celular (incluido prefijo)	Fax	Correo Electrónico	
Dirección envío de correspondencia Empresa <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		Barrio	Ciudad	Departamento
SI SE TRATA DE SUCURSAL O SEDE RELACIONE		Nombre de la oficina principal o casa matriz		Dirección
Barrio	Ciudad	Departamento	Teléfono	Fax

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MÁS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL APOORTE O PARTICIPACIÓN

Documento de identificación C.C. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>	Número	Nombre	Dirección	Nacionalidad
<input type="checkbox"/> ¿Está obligado a tributar en un país diferente a Colombia? (Ver numeral 15) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indique cuál _____				
<input type="checkbox"/> ¿Algún familiar suyo es empleado de la Sociedad de Activos Especiales S.A.S.? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> ¿Es usted catalogado como una Persona Expuesta Políticamente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indique cuál _____				
Documento de identificación C.C. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>	Número	Nombre	Dirección	Nacionalidad
<input type="checkbox"/> ¿Está obligado a tributar en un país diferente a Colombia? (Ver numeral 15) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indique cuál _____				
<input type="checkbox"/> ¿Algún familiar suyo es empleado de la Sociedad de Activos Especiales S.A.S.? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> ¿Es usted catalogado como una Persona Expuesta Políticamente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indique cuál _____				
Documento de identificación C.C. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>	Número	Nombre	Dirección	Nacionalidad
<input type="checkbox"/> ¿Está obligado a tributar en un país diferente a Colombia? (Ver numeral 15) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indique cuál _____				
<input type="checkbox"/> ¿Algún familiar suyo es empleado de la Sociedad de Activos Especiales S.A.S.? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> ¿Es usted catalogado como una Persona Expuesta Políticamente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indique cuál _____				
Documento de identificación C.C. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>	Número	Nombre	Dirección	Nacionalidad
<input type="checkbox"/> ¿Está obligado a tributar en un país diferente a Colombia? (Ver numeral 15) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indique cuál _____				
<input type="checkbox"/> ¿Algún familiar suyo es empleado de la Sociedad de Activos Especiales S.A.S.? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> ¿Es usted catalogado como una Persona Expuesta Políticamente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indique cuál _____				
Razón Social		Identificación	NIT. <input type="checkbox"/> NIT EXT. <input type="checkbox"/>	Nº
<input type="checkbox"/> ¿Está obligado a tributar en un país diferente a Colombia? (Ver numeral 15)		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indique cuál _____		
Razón Social		Identificación	NIT. <input type="checkbox"/> NIT EXT. <input type="checkbox"/>	Nº
<input type="checkbox"/> ¿Está obligado a tributar en un país diferente a Colombia? (Ver numeral 15)		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indique cuál _____		

Razón Social	Identificación	NIT.	<input type="checkbox"/>	NIT EXT.	<input type="checkbox"/>	Nº
¿Está obligado a tributar en un país diferente a Colombia? (Ver numeral 15)						
		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Indique cuál _____
Razón Social	Identificación	NIT.	<input type="checkbox"/>	NIT EXT.	<input type="checkbox"/>	Nº
¿Está obligado a tributar en un país diferente a Colombia? (Ver numeral 15)						
		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Indique cuál _____
Razón Social	Identificación	NIT.	<input type="checkbox"/>	NIT EXT.	<input type="checkbox"/>	Nº
¿Está obligado a tributar en un país diferente a Colombia? (Ver numeral 15)						
		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Indique cuál _____

3. ACTIVIDAD ECONÓMICA		
Código CIU	Actividad económica	Sector económico

<p>Describe la actividad económica principal</p>
--

4. INFORMACION TRIBUTARIA

Tipo de contribuyente	<input type="checkbox"/> Personas jurídicas, comerciales y civiles, consorcios.	<input type="checkbox"/> Entidad pública nacional o territorial	<input type="checkbox"/> Cooperativa	Gran Contribuyente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/> Corporaciones, fundaciones y asociaciones sin ánimo de lucro	<input type="checkbox"/> No contribuyente									
Responsable de IVA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Auto-retenedor	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sociedad o entidad extranjera	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Con establecimiento permanente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Intermediarios de mercado cambiario	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Vigilado por alguna Superintendencia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

5. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> OTRO		Fecha de expedición dd/mm/aaaa		Lugar de expedición (Ciudad / País)			
N°		Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa		Lugar de Nacimiento (Ciudad / País)			
Cargo actual: <input type="checkbox"/> Gerente / jefe <input type="checkbox"/> Ejecutivo / directivo <input type="checkbox"/> Profesional / analista <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Auxiliar <input type="checkbox"/> Operario							
Dirección de residencia		Barrio residencia		Ciudad residencia		Departamento residencia	
País de residencia		Teléfono residencia		Teléfono celular		Correo electrónico	

SI ☐ NO ☐ Indique cuál

SI		NO	
----	--	----	--

1. ¿Es usted una Persona Expuesta Públicamente (PEP)? SI ☐ NO ☐

- | | | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2. ¿Tiene familiares de primer y segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de una Persona Expuesta Públicamente (PEP)? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| 3. ¿Goza usted de reconocimiento público? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| 4. ¿Es usted o es familiar de una persona que ejerce funciones directivas en una organización internacional? | En caso afirmativo seleccione | Directo | <input type="checkbox"/> | Indirecto | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Es usted o es familiar de una persona que desempeña funciones públicas destacadas en otro país? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| 6. ¿Ejerce o ha ejercido un cargo de primer o segundo nivel en una entidad del estado? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| 7. ¿Administra recursos públicos? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| 8. ¿Contrata con el estado? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| 9. ¿Es exintegrante de las FARC, reincorporado a la vida civil? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| 10. ¿Posee familiares en la Sociedad de Activos Especiales? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | |
| Indique el nombre del Funcionario _____ | | | | | |

5.1. CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

* Por el cargo o actividad, alguno de los administradores (Representantes legales, miembros de la Junta Directiva) administra recursos públicos.

* Alguno de los administradores (representantes legales, miembros de la Junta Directiva) o socio con una participación superior al 5% de la Persona Jurídica (persona natural) es una Persona Expuesta Políticamente o

* (Personas naturales) distintas al tenedoras con una PEP o tiene vínculo con PEP.

[illegible][illegible]

5.2. IDENTIFICACIÓN DE VINCULADOS A PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

Nombres y apellidos de la PEP	Vínculo/Relación*	Nombres y apellidos	Tipo de Identificación	No de Identificación	Nacionalidad
-------------------------------	-------------------	---------------------	------------------------	----------------------	--------------

[illegible]

1. Hasta segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos)

2. Segundo de afinidad: padres y hermanos del cónyuge (suegros y cuñados), cónyuge de hijo o hija (nuera y yerno) y/o hijos del cónyuge que no sean propios (entendados)
3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes).
4. Asociado cercano: si usted es una PEP, asociados cercanos son quienes junto con usted son socios, accionistas con una participación superior al 5% de la persona jurídica, administradores o miembros de Junta Directiva. En caso de que usted no sea una PEP, es asociado cercano si es socio o accionista junto con una PEP de una persona jurídica y ambos tienen una participación superior al 5%.

6. INFORMACIÓN FINANCIERA									
Ingresos, activos, egresos y pasivos anuales (último año fiscal)									
Ingresos			Activos			Egresos / Pasivos			
Ventas o Ingresos		\$	Total activos		\$	Egresos		\$	
Ingresos no operacionales		\$	Otros activos		\$	Total pasivos		\$	
Otros Ingresos		\$	Descripción otros activos						
Total Ingresos		\$							
Descripción otros ingresos									
Descripción ingresos no operacionales									
Fecha de corte									
dd/mm/aaaa									
7. TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA									
¿Realiza transacciones en moneda extranjera?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		Tipo de producto				
Tipo de operación		Ingreso <input type="checkbox"/>	Egreso <input type="checkbox"/>						
Entidad			Ciudad		País		Moneda		Monto
Entidad			Ciudad		País		Moneda		Monto
8. DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS									
Obrando en nombre propio o en representación legal de la entidad, de manera voluntaria manifiesto que todo lo aquí consignado es cierto y realizo la siguiente declaración de fuente de origen de fondos a la Sociedad de Activos Especiales S.A.S.- SAE S.A.S., con el propósito que se pueda dar cumplimiento a las disposiciones legales en materia de prevención de riesgos de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, Financiación de Proliferación de Armas de Destrucción Masiva y Corrupción (LA/FT/FPADM/CO).									
1. Declaro que los recursos y/o bienes con los cuales realizo transacciones comerciales y/ contractuales con la SAE S.A.S. provienen de actividades lícitas de las contempladas en el código penal colombiano o en cualquier forma que lo modifique o adicione, de conformidad con la normatividad colombiana. Por ende, declaro que mis recursos se originan de las siguientes actividades:									
<div><div><input type="checkbox"/> Desarrollo de actividad económica</div><div><input type="checkbox"/> Rendimiento por inversión</div><div><input type="checkbox"/> Préstamo entidad financiera</div><div><input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Capitalización y parte de socios</div><div><input type="checkbox"/> Dividendos y Participación</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Utilidad de negocios</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Venta de inmueble</div><div>Dirección</div></div>									

☐ Arrendamiento

☐ Inmuebles

☐ Apartamento

☐ Local

☐ Casa

☐ Oficina

☐ Muebles

☐ Vehículo

☐ Otro, ¿Cuál?

Dirección

10. DECLARACION DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Realizo de forma libre y voluntaria las siguientes declaraciones y en caso de encontrarme implicado o evidenciar un conflicto de interés, declaro que lo informaré de manera oportuna a la Sociedad de Activos Especiales.

No ofreceré directa o indirectamente, incentivos económicos y/o no económicos a proveedores, contratistas, clientes, directivos y empleados de la SAE o cualquier tercero, con el fin de influenciar sus decisiones en el ejercicio de los servicios que presta a la SAE.

Si la respuesta a alguna de las siguientes preguntas es afirmativa, proporcione por favor la información solicitada.

¿Es dueño, socio o accionista con una participación directa o indirecta de más del 5%, representante legal, directivo o empleado de empresas, sociedades, consorcios, negocios, establecimientos comerciales y/u organizaciones que tengan relación comercial con la SAE? SI ☐ NO ☐

NIT	Razón social/ Nombre de la empresa	Tipo de vínculo (dueño, socio, accionista, representante legal, directivo o empleado)

¿En la SAE laboran o prestan servicios de cualquier índole algún familiar o pariente de hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grado de afinidad y único civil (padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante) del dueño, socio o accionista con una participación directa o indirecta de mas del 5%, representante legal, directivo? SI ☐ NO ☐

Vínculo familiar/ Parentesco	Nombre completo	Nro. de identificación	Cargo

¿Tiene algún familiar o pariente de hasta cuarto grado de consanguinidad, cuarto grado de afinidad y único civil (padre, hijo, abuelo, nieto, hermano, cónyuge, tío, sobrino, primo, suegro, nuera o yerno, hijo adoptivo y/o padre o madre adoptante) del dueño, socio o accionista con una participación directa o indirecta de más del 5%, representante legal, directivo, que sea socio o accionista con participación en una empresa o que el tenga el control de la misma y que a su vez dicha empresa sea cliente o proveedor de la SAE? SI ☐ NO ☐

Vínculo familiar/ Parentesco	Nombre completo	Nro. de identificación	Razón social/ Nombre de la empresa	% participación

¿Existe alguna otra situación no incluida en la declaración anterior que pudiera afectar su objetividad o independencia en el desempeño de las funciones de la SAE o, en su opinión, la percepción de esa independencia y objetividad por parte de los demás? SI ☐ NO ☐

OBSERVACIONES

11. AUTORIZACION HABEAS DATA

Yo _____ identificado (a) con el documento de identidad C.C. _____, C.E. _____, NIT _____ No. _____ expedido en la ciudad de _____, actuando en nombre propio o en representación de _____ identificado (a) con NIT No. _____ autorizo a la Sociedad de Activos Especiales S.A.S, para que de manera libre, expresa y voluntaria recaude, almacene, use, circule, suprima, procese, compile, intercambie y en general de Tratamiento, a los datos que he suministrados y que los mismos se han incorporado en las distintas bases de datos con que cuentan las Compañías, en virtud de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

Así mismo reconozco el derecho constitucional que me asiste de conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre mí en las bases de datos o archivos y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política; así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma, como se establece en el artículo 1 de la ley 1581 de 2012.

FIRMA DE REPRESENTANTE LEGAL / APODERADO		DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ANEXAR:												
<p>En constancia de haber leído, entendido y aprobado lo anterior, firmo el presente formulario.</p> <table><tr><td></td><td></td></tr><tr><td><div>FIRMA</div><div><input type="checkbox"/> Representante Legal</div><div><input type="checkbox"/> Apoderado</div></td><td><div>Huella</div><div>(índice derecho)</div></td></tr><tr><td colspan="2"><div>Tipo de documento de identificación</div><div><input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input checked="" type="checkbox"/> OTRO ¿Cuál? _____</div><div>No. de documento de identificación _____</div></td></tr></table>				<div>FIRMA</div> <div><input type="checkbox"/> Representante Legal</div> <div><input type="checkbox"/> Apoderado</div>	<div>Huella</div> <div>(índice derecho)</div>	<div>Tipo de documento de identificación</div> <div><input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input checked="" type="checkbox"/> OTRO ¿Cuál? _____</div> <div>No. de documento de identificación _____</div>		<div><input type="checkbox"/> Fotocopia del documento de identidad del representante legal principal y suplente, del contador y/o revisor fiscal de la entidad solicitante</div> <div><input type="checkbox"/> Certificación de la composición accionaria. En caso de que alguno de los socios o accionistas sea persona jurídica, remitir su composición accionaria hasta llegar a sus beneficiarios finales (persona natural)</div> <div><input type="checkbox"/> Copia de la Declaración de o renta de los últimos tres años gravables</div> <div><input type="checkbox"/> Estados financieros del solicitante de los últimos tres años, incluido dictamen del revisor fiscal (si aplica)</div> <div><input type="checkbox"/> Registro Único Tributario (RUT)</div> <div><input type="checkbox"/> Tarjeta Profesional del contador y/o revisor fiscal</div> <div><input type="checkbox"/> Declaración y/o certificación de aplicación de normas de prevención de riesgos de- LA/FT/FPADM, firmada por el representante legal de la persona jurídica u oficial de cumplimiento (si aplica)</div> <div><input type="checkbox"/> Certificado de existencia y representación legal no mayor a 30 días</div>						
		<div>FIRMA</div> <div><input type="checkbox"/> Representante Legal</div> <div><input type="checkbox"/> Apoderado</div>	<div>Huella</div> <div>(índice derecho)</div>											
<div>Tipo de documento de identificación</div> <div><input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input checked="" type="checkbox"/> OTRO ¿Cuál? _____</div> <div>No. de documento de identificación _____</div>														
La Sociedad de Activos Especiales, cuando considere necesario puede solicitar soportes o información adicional sobre el origen de los recursos, y/o documentos o datos que se consideren relevantes con el fin de ampliar el conocimiento del tercero.														
12. ENTREVISTA (Espacio exclusivo para ser diligenciado por la entidad)														
Nombre completo de la persona que realiza la entrevista														
Lugar de la entrevista					FECHA	AA	MM	DD	HORA	HH	MM			
¿Cuándo conoció personalmente al solicitante?					FECHA	AA	MM	DD	HORA	HH	MM			
¿Tiene alguna relación familiar con el solicitante?					<div><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Explique: _____</div>									
¿Cómo se enteró el solicitante acerca de la Sociedad de Activos Especiales?					<div><div><input type="checkbox"/> Anuncio <input type="checkbox"/> Marketing <input type="checkbox"/> Evento <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> Referido de un cliente existente ¿cuál? _____</div><div><input type="checkbox"/> Ingreso al portal de SAE <input type="checkbox"/> Solicitud de contacto por e-mail-Internet <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? _____</div></div>									
Operaciones a realizar														
Información adicional a la entrevista														
¿La información diligenciada en el formulario de vinculación es consistente con los soportes adjuntos y/o con los datos brindados en la entrevista?									<div><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</div>					
Nombre del Responsable					Identificación del Responsable									
Cargo del Responsable														
Declaro que he cumplido mi obligación y responsabilidad en el proceso de conocimiento del tercero					<div><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</div>									
					FECHA	AA	MM	DD	Firma del responsable					