

FORMATO DE VINCULACIÓN PERSONA JURIDICA**Fecha:**
06/08/2024
Código:
FV-SF-02
Versión:
002Fecha de diligenciamiento

Día	Mes	Año

Información de la Entidad Corporativa:

Razón Social:		
Documento de Identificación: Nit ☐ Ruc ☐ Otro ☐ ¿Cuál? No.		
Tipo de Empresa: Privada: ☐ Oficial ☐ ONG: ☐ Fiducia: ☐ Institución Financiera. ☐ Otra: ☐ ¿Cuál?		
Actividad Económica:	CIU:	
Fecha de Constitución:	Fecha de Vencimiento:	Ciudad:
Dirección Oficina Principal, Ciudad y País:		
Dirección Registrada, Ciudad y País:		
Teléfono Fijo:	Celular:	Fax:
Correo Electrónico:		
Página Web:		

¿Su empresa cotiza en bolsa?Si ☐ ¿Cuál?No ☐Si su respuesta es sí, **omita** el cuadro de "Socios con al menos 5% de participación".**Socios con al menos 5% de Participación:**

Apellidos	Nombre	Participación %	Tipo de D.I.	No. de Identidad	¿Persona de EE.UU.?

Si alguno de los accionistas relacionados es una compañía por favor diligencie el formato de Estructura de Accionistas hasta llegar a las personas naturales

Miembros Junta Directiva:

Apellidos	Nombre	Cargo	Tipo de ID.	No. D. I

Representante Legal / Apoderado / Titular:

Apellidos		Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	Lugar de Nacimiento: Ciudad: País:		
Documento de Identificación: CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otro ☐ ¿Cuál? No.			
Fecha de Expedición:	Fecha de Vencimiento:	Género: F ☐ M ☐	
Lugar de Expedición: Ciudad: País:			
Nacionalidad:			

FORMATO DE VINCULACIÓN PERSONA JURIDICA**Fecha:**
06/08/2024**Código:**
FV-SF-02**Versión:**
002

Si tiene doble nacionalidad, indíquela:

Dirección de residencia:

Ciudad:

Estado:

País:

Teléfono Fijo:

Celular:

Fax:

Correo Electrónico:

Descripción de la naturaleza del negocio:**Información financiera:**

Ingresos Mensuales:

Activos totales:

Otros Ingresos Mensuales:

Pasivos totales:

Egresos Mensuales:

Patrimonio total:

Referencias Financieras:

1.

Cta. No.

2.

Cta. No.

Referencias Comerciales (si aplica):

1.

Tel.:

Ciudad:

2.

Tel.:

Ciudad:

DECLARACIÓN DE FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud obrando en representación de la persona jurídica, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, por este medio realizo la siguiente declaración de origen de fondos a la empresa SERVIFIN S.A. en adelante la compañía: SERVIFIN S.A.

Los recursos que se han entregado o entregarán en desarrollo de cualquiera de las relaciones contractuales con LA COMPAÑÍA provienen de las siguientes fuentes:

--

Declaro que los recursos entregados y los que maneje a través de LA COMPAÑÍA no provienen de actividades ilícitas Me obligo a actualizar mi información y documentación respectiva en forma anual. Certifico que la información suministrada en este formato es real y verídica. También que mi ocupación y oficio lo ejerzo dentro de lo establecido por la ley.

TRATAMIENTO DE DATOS

Yo _____, identificado con el documento de identidad No. _____, expedido en la ciudad de _____, obrando en nombre propio y/o representación legal de _____ con NIT _____, autorizo expresamente e irrevocablemente a SERVIFIN S.A... o a quien este designe sus derechos a consultar, verificar, recolectar, procesar, solicitar, suministrar, contactar, reportar, divulgar, difundir, usar, transmitir y/o transferir de forma parcial o total la información, que se refiera a información crediticia, financiera, comercial, de servicios, antecedentes penales y disciplinarios, en las diferentes bases de datos nacionales y/o extranjeras en los términos que establecen las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas aplicables. Así mismo autorizo a SERVIFIN S.A. o a quien este designe o represente sus derechos para que se verifique su nombre y documento de identidad en listas y bases de datos de carácter público tanto nacionales como internacionales relacionadas con lavado de activos, financiación del terrorismo, buscados por la justicia y en las demás que informen sobre la vinculación de personas con actividades ilícitas de cualquier tipo. "AVISO DE PRIVACIDAD: La suscripción del presente documento implica la autorización del Tratamiento de los Datos Personales de conformidad con su Política de Privacidad. La finalidad del presente Tratamiento es la de consultar la información que resulte relevante para confirmar la veracidad de los datos provistos, realizar estudios financieros y de seguridad para validar la factibilidad de iniciar una relación comercial o laboral. Los Titulares de los Datos Personales pueden ejercer todos los derechos contenidos en la Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y en la Política de Tratamiento de Datos Personales. La respuesta a cualquier pregunta sobre datos sensibles es facultativa"

IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE – PEP:

¿Usted es una persona identificada como políticamente expuestas?	SI ☐ NO ☐	Marcar la opción SI en caso de cumplir con los lineamientos establecidos en la Parte I – Título IV – Capítulo IV de la Circular Básica Jurídica y posteriores decretos que lo modifiquen.
En caso de marcar la opción SI en la pregunta relacionada a Personas Políticamente Expuestas, o en ocasión de poseer parentescos con personas que cumplan esta misma condición, por favor, diligenciar el ANEXO IDENTIFICACIÓN PEP.		

Anexo: Identificación de PEP Personas naturales

PEP: Persona Expuesta Políticamente según lo establecido en el Decreto 1081 de 2015 modificado por el Decreto 1674 de 2016 y el Decreto 830 de 2021 en el Artículo 2.1.4.2.3 y PEP Extranjero: Persona Expuesta Políticamente Extranjera, según lo establecido en el Artículo 2.1.4.2.9. del Decreto 830 de 2021 y demás normas que lo modifiquen, complementen o sustituyan.

La calidad de Personas Expuestas Políticamente (PEP) se mantendrá en el tiempo durante el ejercicio del cargo y por dos (2) años más desde la dejación, renuncia, despido o declaración de insubsistencia del nombramiento, o de cualquier otra forma de desvinculación, o terminación del contrato.

Según lo anterior declaro que, SI ☐ NO ☐ cuento con la categoría PEP, PEP Extranjero o administro recursos públicos, Artículo 2.1.4.2.9. del Decreto 830 de 2021 y demás normas que lo modifiquen, complementen o sustituyan.

Nombre	Documento de Identificación:	Fecha de ingreso:	Cargo que desempeña o ha desempeñado:

Auto clasificación de personas expuestas políticamente,

Marque con una (x)	SI	NO
¿Posee algún grado de poder público?		
¿Ocupa algún cargo cuyas decisiones impacten la sociedad o la política?		
¿Pertenece al nivel directivo asesor o ejecutivo de alguna entidad gubernamental o de economía mixta?		
¿En razón de su cargo maneja bienes o recursos públicos?		
¿Goza de reconocimiento de gran notoriedad en el territorio nacional o internacional?		

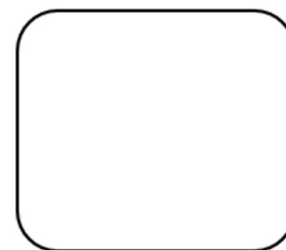
Declaro que, SI ☐ NO ☐ poseo un vínculo familiar con mi cónyuge o compañero permanente, padres, hijos, hermanos, abuelos, nietos, suegros, cuñados, yerno/nuera, padres adoptantes o hijo adoptivo que cumplen con la categoría PEP o PEP Extranjero; y/o soy asociado cercano de un PEP o PEP Extranjero según lo establecido en el Decreto 1081 de 2015 modificado por el Decreto 1674 de 2016 y el Decreto 830 de 2021 y demás normas que lo modifiquen, complementen o sustituyan.

Nombre	Documento de Identificación:	Parentesco:	Cargo que desempeña o desempeñada:

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

Firma: _____
Nombre del Representante Legal: _____
Documento de Identificación: _____
Nombre Razón Social: _____
NIT: _____ Teléfonos: _____

PAGARE



Huella Índice Derecho



FORMATO DE VINCULACIÓN PERSONA JURIDICA

Fecha:
06/08/2024

Código:
FV-SF-02

Versión:
002

Pagaré a la Orden

Por: \$

Vencimiento Final:

Intereses:

Tasa Efectiva Anual:

1. Amortización:

Deudores:

Los deudores aquí mencionados declaramos que debemos y nos obligamos a pagar incondicional, solidaria e indivisiblemente, en dinero efectivo a la orden de SERVIFIN S.A. en sus oficinas de la ciudad de Cali la suma de:

En la forma como arriba se señala. Durante el plazo pagaremos intereses a la tasa arriba indicada. En caso de mora pagaremos una tasa equivalente al uno punto cinco (1.5) del interés pactado sin que exceda el límite máximo certificado por la Superintendencia Financiera. Todos los gastos e impuestos que ocasione este título valor son de nuestro cargo, lo mismo que la cobranza judicial y/o extrajudicial, incluidos los honorarios de abogado que estimamos en un quince por ciento (15%) de las sumas adeudadas por todo concepto. El ACREEDOR queda autorizado para declarar vencido el plazo estipulado y exigir inmediatamente el pago total de la obligación, incluido capital, intereses y demás accesorios, en los siguientes casos: a) Por mora en el pago del capital y/o intereses de cualquier obligación que directa o indirectamente, conjunta o separadamente, tengamos para con el ACREEDOR; b) Si en forma conjunta o separada fueren perseguidos judicialmente nuestros bienes por cualquier persona.; c) Por la admisión en, Liquidación Obligatoria o voluntaria de cualquiera de los deudores, concurso de acreedores o solicitud de acuerdo de reorganización o su equivalente o decreto de la liquidación administrativa o judicial (LEY 1116 DEL 2006) o la ley aplicable según la naturaleza jurídica o actividad del deudor. La mera ampliación del plazo o la conversión en otro pagaré no constituye novación ni libera garantías, constituidas a favor del ACREEDOR. Autorizamos irrevocablemente al ACREEDOR O a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor para reportar, procesar, solicitar, suministrar y divulgar a la Central de Información del Sector Financiero (CIFIN) O A CUALQUIER ENTIDAD que administre o maneje bases de datos o a cualquier entidad financiera, todo lo relativo a la información comercial de que disponga en cualquier tiempo y al cumplimiento o no de nuestras obligaciones presentes, pasadas y futuras en los términos legales.

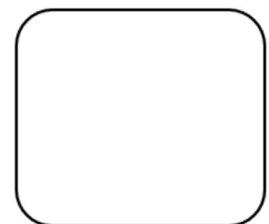
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAMIENTO DE PAGARÉ

De conformidad con el artículo 622 del Código de Comercio autorizamos expresa e irrevocablemente a SERVIFIN S.A. para llenar el presente pagaré en los espacios dejados en blanco correspondientes a la cuantía de las obligaciones a nuestro cargo. El título valor será llenado por ustedes en cualquier tiempo sin previo aviso y de acuerdo a las siguientes instrucciones:

1. La fecha de vencimiento será el día en que sea llenado.
2. La cuantía será igual al monto de las sumas resultantes por cualquier clase de obligación o crédito de cualquier origen que los firmantes estemos adeudando a SERVIFIN S.A. conjunta o separadamente, directa o indirectamente el día en que sea llenado, obligaciones que asumimos como propias y nos comprometemos a pagar incondicional, solidaria y mancomunadamente.
3. El pagaré así llenado será exigible inmediatamente y prestará mérito ejecutivo sin ninguna otra formalidad.

Para constancia se firma en Santiago de Cali a los _____ () del mes _____ () de _____ del año _____ ().

Firma: _____
Nombre del Representante Legal: _____
Documento de Identificación: _____
Nombre Razón Social: _____
NIT: _____ **Teléfonos:** _____



Huella Índice Derecho



FORMATO DE VINCULACIÓN PERSONA JURIDICA

Fecha:
06/08/2024
Código:
FV-SF-02
Versión:
002

MANDATO CON REPRESENTACIÓN A TÍTULO GRATUITO

Tomador: _____
Asegurado: _____
Aseguradora: Compañía de Seguros S.A.
Ciudad: _____

En mi calidad de **TOMADOR Y/O ASEGURADO** otorga **MANDATO CON REPRESENTACIÓN A TÍTULO GRATUITO** a **SERVIFIN S.A.**, el cual se rige conforme a los artículos 832 y siguientes del Código de Comercio y el 1505 y siguientes del Código Civil, y en especial por las siguientes estipulaciones:

PRIMERA. – En virtud, del presente **MANDATO CON REPRESENTACIÓN A TÍTULO GRATUITO**, **SERVIFIN S.A** queda **AUTORIZADO** por el **TOMADOR/ ASEGURADO**, de la siguiente,

Póliza No.	Ramo	Tomador	Beneficiario	Inicio Vigencia			Fin de Vigencia			Aseguradora

Con las siguientes **FACULTADES**:

Efectuar la **REVOCACIÓN UNILATERAL** de la Póliza que se identificada en la presente Cláusula, y/o su (s) Anexos (s), en cualquier tiempo, conforme lo estipulado en el artículo 1071 del Código de Comercio, sin necesidad de ninguna otra autorización adicional, cuando se presente mora en las obligaciones derivadas del **PAGARÉ A LA ORDEN** No. _____.

RECIBIR directamente y como primer beneficiario, en nombre del **TOMADOR/ ASEGURADO**, en caso de rescisión, revocación, modificación o terminación por cualquier motivo de la (s) Póliza (s) y/o Anexo (s) financiado (s) por **SERVIFIN S.A.**, el valor de la prima(s) no devengada(s), impuestos no causados, valores de rescate, indemnizaciones, o pérdida total y cualquier suma adicional resultante, hasta por el saldo total de las obligaciones derivadas del **PAGARÉ A LA ORDEN** No. _____, y que sean informadas por **SERVIFIN S.A.**

RECIBIR directamente y como primer beneficiario, en nombre del **TOMADOR/ ASEGURADO**, el saldo cuando se disminuya el valor asegurado o se modifique el riesgo, lo que implique devolución en el pago de la prima, por concepto del saldo total de las obligaciones derivadas del **PAGARÉ A LA ORDEN** No. _____, y que sean informadas por **SERVIFIN S.A.**

PARÁGRAFO: EI TOMADOR/ ASEGURADO autoriza al Asegurador a **ENTREGAR**, mediante transferencia electrónica o el medio más expedito, de acuerdo con las facultades otorgadas por el **TOMADOR / ASEGURADO**, los dineros en la **Cuenta Corriente No. 256 08494 8**, del **Banco de Occidente**, a nombre se **SERVIFIN S. A.**, identificado con el **NIT.- 805.028.810-1**.

SEGUNDA. - El presente contrato tiene un plazo determinable por la vigencia de la Póliza y su (s) Anexo (s).

TERCERA. - El presente mandato es irrevocable.

CUARTA.- SERVIFIN SA no será responsable por los daños o perjuicios del **TOMADOR/ ASEGURADO** derivados del ejercicio de las facultades que se otorgan con el presente **MANDATO CON REPRESENTACIÓN A TÍTULO GRATUITO**, ya que queda entendido y aceptado por **EI TOMADOR/ ASEGURADO**, que las mismas se ejercitan como consecuencia de la mora en el pago de las obligaciones a su cargo a **SERVIFIN SA**.

QUINTA. - Si se llegare a declarar la nulidad de cualquiera de las disposiciones o cláusulas de este contrato, las demás conservarán su validez y eficacia.

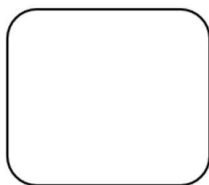
Para constancia se firma en Santiago de Cali, a los _____ () del mes _____ () de _____ del año _____ ().

TOMADOR/ ASEGURADO:

Firma: _____

Nombre: _____

C.C. _____



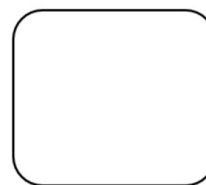
Huella Índice Derecho

SERVIFIN S. A.:

Firma: _____

Nombre: _____

C.C. _____



Huella Índice Derecho