

	2000											
FORMATO DE VINCULACION CLIENTES						Fecha de vinculación						
Razon Social								NIT				
Fecha de constitución Tipo						esa		Pública		Privada		
Actividad Económica				Fecha de constitución								
Teléfono Fax					Ciudad			Página Web				
Dirección												
Contacto Comercial						ema	il					
Contacto operativo					email							
Contacto Cartera						ema	il					
			INFC	RMACIO	N DEL REPRE	SENT	'ANTE LI	EGAL				
Nombres y apellidos						Sex	)	Masculin	o [	Femenino		
email					Tipo de ID	C.C.		C.E.		Pasaporte		
Fecha de expedición ID			Luga	Lugar de expedición ID						No. ID		
Nacionalidad			Carg	Cargo en la empresa			•			Celular		
				INFO	ORMACION TR	IBUT	ARIA					
Autoretenedor	Si		No		Exento	Si		No 🗆				
Regimen Especial	Si		No		Régimen de l'		<del></del>	Común		Simplificado		
Entidad sin ánimo de lucro	Si		No		Gravamen Mo			Sujeto		Exento		
Gran Contribuyente	Si		No					<b>,</b>				
,				COME	POSICION ACC	CION	ARIA					
A1 1 1111	<del>                                     </del>		1					1		1 .	,	
Nombres y apellidos		СС	Parti	cipación	Nombres	y ape	ellidos	CC		Part	icipación	
	1											
				INFO	RMACION FI	NANC	IERA					
Activos			Pasiv	Pasivos			Patrimonio					
Ingresos mensuales			Egre	Egresos mensuales			Otros ingresos			S		
Descripción otros ingresos												
moneda extranjera?			anco	nco			No. de cuenta			País		
Si No 🗆												
				PRI	NCIPALES C	LIEN'	TES					
Dozán Cocial NIT			<u> </u>	Contacto			Telefono			e-mail		
Razón Social NIT				Contacto			Telefolio			e-maii		
						1						
						1						
	1											
				PRIN	CIPALES PRO	VEED	ORES					
Pozón Cocial NUT			ī	Contacto			Telefono				a-mail	
Razón Social NIT		+	Contacto			i eleiono			e-mail			
			+									
			+									
-	1		+							<del>                                     </del>		

REFERENCIAS										
Bancarias										
Nombre entidad	No. De cuenta	Oficina	Ciudad							
Nombre entidad	No. De cuenta	Oficina	Ciudad							
Comerciales	I									
Nombre entidad	Contacto	Telefono	Ciudad							
Nombre entidad	Contacto	Telefono	Ciudad							
AUTORIZACION CONSULTA CENTRALES DE RIESGO										
Autorizo en forma permanente e irrevocable a Master Factoring S.A.S. Nit 900.836.996-3 a quien este delegue o con quien este entable relaciones comerciales a consultar, reportar, rectificar, divulgar y actualizar en cualquier momento información sobre mis relaciones comerciales ante cualquiera de las centrales de riesgo y que los datos sobre mi reportados sean procesados para el logro del propósito ante las centrales de riesgo y administradoras de bases de datos y sean conocidos con fines Comerciales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejara en las bases de datos de las centrales de riesgo, en las cuales se consigna de manera completa, veraz y oportuna todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero.										
DECLARACION VOLUNTARIA ORIGEN DE FONDOS										
De manera voluntaria declaro a MASTER FACTORING S.A.S. Nit. 900.836.996-3 que, los recursos y/o bienes entregados son (valor, descripción, periodicidad) y que provienen de (detalle de la ocupación u oficio) y así mismo declaro que no provienen de ninguna actividad ilícita; que no admitire que terceros efectúen en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas y que no efectuare transacciones dedicadas a dichas actividades.  Declaro que la información que suministro es autentica y veraz y me obligo de manera irrevocable a actualizar anualmente los cambios reportados en este formulario y demás que se estimen necesarios, sin perjuicios de mi obligacion de informar inmediatamente a la ocurrencia del hecho cualquier cambio que se produzca en el mismo.  CONFIDENCIALIDAD Y MANDATO  Desde la firma del presente documento entiendo y acepto que entre MASTER FACTORING S.A.S y nuestra compañía se establece un compromiso vinculante mutuo, de guardar la confidencialidad sobre la informacion entregada por ambas partes, salvo en las situaciones que se autoricen debidamente. Así mismo, de manera expresa confiero mandato especial a MASTER FACTORING S.A.S para que, de ser necesario, estructure y/o gestione ante terceros , cupos y/o cualquier otro requerimiento para ejecutar exitosamente operaciones crediticias y/o de factoring a nuestro favor. Reconozco desde ya que por esta gestion, MASTER FACTORING S.A.S.tiene derecho al reconocimiento de un valor economico determinado en la diferencia entre la tasa aceptada por nuestra compañía y la tasa definida por el tercero que apruebe y desembolse cada ope racion, liquidada de acuerdo al monto y al plazo. Declaro mi compromiso de incluir esta suma, a favor de MASTER FACTORING S.A.S. y a nuestro cargo, en cada instrucción de giro suscrita para el desembolso de cada operación con el fin de de asegurar el pago a este ultimo.										
Nombre del Representante Legal ——										
Firma Representante Legal	No. Identificad	ción	Huella							

## DOCUMENTOS

Fotocopia RUT

Fotocopia Identificación del Representante Legal

Fotocopia Identificación de los accionistas

Estados Financieros al corte mas reciente

Estados financieros de los últimos 3 años con notas a los estados financieros e informe del revisor fiscal si aplica.

Composición accionaria de la empresa

Fotocopia de la declaración de renta de la sociedad de los ultimos dos años

Certificado de Camara de comercio no mayor a 30 dias de expedicion.