

Ciudad: \_\_\_\_\_, Día: \_\_\_\_ ( ), mes: \_\_\_\_\_, año: \_\_\_\_\_ ( )

Señores

**FIDUCIARIA CENTRAL S.A.**

Vocera y administradora del **FIDEICOMISO VESTING GROUP INMUEBLES**

Ciudad

**REF: DECLARACIÓN DE BENEFICIARIO**

Por la presente, realizo las declaraciones que se relacionan a continuación:

1. Declaro conocer y aceptar los términos establecidos en el Contrato de Fiducia Mercantil Irrevocable de Administración y Pagos (en adelante "el Contrato") de fecha diez (10) de marzo de dos mil veintidós (2022), mediante el cual se constituyó el patrimonio autónomo denominado FIDEICOMISO VESTING GROUP INMUEBLES, junto con el Otrosí No. 1 de fecha cuatro (04) de abril de dos mil veintidós (2022) y Otrosí No. 2 de fecha once (11) de abril de dos mil veintidós (2022).
2. Declaro conocer y aceptar los derechos y obligaciones inherentes a la calidad de Beneficiario, en los términos del Contrato.
3. Declaro conocer que Fiduciaria Central S.A. dispone de un canal de atención de Servicio al cliente [servicioalcliente@fiducentral.com](mailto:servicioalcliente@fiducentral.com), a través de cual podré elevar peticiones y solicitar información adicional sobre los productos o servicios que ofrece Fiduciaria Central S.A. Adicionalmente, declaro conocer que cuento con otros mecanismos en caso de tener una queja o una inquietud respecto de los servicios o productos ofrecidos por Fiduciaria Central S.A, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1328 de 2009 y la normatividad vigente aplicable a la materia, y que por tanto, podré acudir ante:
  - 3.1 El correspondiente Defensor del Consumidor Financiero, el cual puede ser contactado en el link: [www.fiducenral.com](http://www.fiducenral.com), en la parte de servicio al cliente.
  - 3.2 La Superintendencia Financiera de Colombia para presentar quejas respecto de productos o servicios de la entidad vigilada o cuando considere que esta, ha violado normas por la que deba velar la Superintendencia como ente de control, a través de la página web [www.superfinanciera.gov.co](http://www.superfinanciera.gov.co).
4. Declaro conocer que el Manual de Políticas de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Fiduciaria se encuentra publicado en la página Web [www.fiducenral.com](http://www.fiducenral.com) y puede ser consultado en cualquier momento.

Atentamente,

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**C.C. No.** \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_, Día: \_\_\_\_\_ ( ), mes: \_\_\_\_\_, año: \_\_\_\_\_ ( )

Señores

**FIDUCIARIA CENTRAL S.A.**

Vocera y administradora del **FIDEICOMISO VESTING GROUP INMUEBLES**

Ciudad

**REF: INSTRUCCIONES PARA EL MANEJO DE RECURSOS**

Por la presente, instruyo a Fiduciaria Central S.A en su calidad de vocera y administradora del patrimonio autónomo denominado **FIDEICOMISO VESTING GROUP INMUEBLES**, constituido mediante Contrato de Fiducia Mercantil Irrevocable de Administración y Pagos de fecha diez (10) de marzo de dos mil veintidós (2022), para que gire a la cuenta bancaria relacionada en la certificación *adjunta*, los recursos que tenga derecho a recibir por concepto del beneficio establecido en el precitado contrato de fiducia mercantil.

Adicionalmente, autorizo a Fiduciaria Central S.A para remitir notificaciones sobre cualquier aspecto derivado del precitado contrato, a través del correo electrónico que se relaciona a continuación: \_\_\_\_\_.

Atentamente,

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**C.C. No.** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_


Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Anexo: Certificación Bancaria, Rut o certificado no declarante, copia de la cedula

<b>FORMATO CERTIFICACIÓN PERSONAS NATURALES NO DECLARANTES</b>		
Código: PA02-FMT-074	Versión: 0	
Página 1 de 1		

**CERTIFICACIÓN PERSONAS NATURALES NO DECLARANTES**

Bogotá D.C., día \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año 20\_\_

Señores,

\_\_\_\_\_  
Ciudad

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado con documento de identidad N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, manifiesto bajo gravedad de juramento que con la información que poseo a la fecha de la firma de esta certificación:

1. **SI**  **NO**  estoy obligado a presentar declaración de renta por el año gravable anterior (\_\_\_\_).
2. **SI**  **NO**  mis ingresos totales en el año gravable anterior (\_\_\_\_) superaron (1400) UVT (\$) \_\_\_\_\_ en el año \_\_\_\_\_.

**Describa detalladamente la actividad económica desarrollada o actividad generadora de renta.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Departamento: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_  
Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_  
Teléfono Celular: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Nombre:  
N° de identificación:

Elaboró: Profesional de Pagos Fecha: 13 de Julio de 2016	Revisó: Jefe de Gestión Humana y Calidad Fecha: 22 de Julio de 2016	Aprobó: Director de Contabilidad Fecha: 22 de Julio de 2016
---	--	--