



Fiduciaria de Occidente S.A. Inscripción de Requisitos para Operar Carteras Colectivas

I. DATOS GENERALES

Ciudad:		Fecha: Año _____ Mes _____ Día _____
Titular de la Inversión:		Tipo Doc: CC() Nit() CE() Otro _____ No.
Novedades aplican para (1): Todas las inversiones del titular ()		
Cartera: Occirenta () Occitesoros () Occibonos () Premium () Occidecol ()	N° de la(s) inversión(es):	

(1) En caso de que los requisitos a registrar apliquen para todas las inversiones siga en el numeral II, de lo contrario debe diligenciar los campos de cartera y No. de inversiones para especificar a cuáles les aplicará.

II. INSCRIPCIÓN DE CUENTAS DESTINO PARA PAGOS (Campo Obligatorio)

Nombre de la Entidad Destino	Número de la Cuenta	Clase (Ahorros o Corriente)	Tipo de Documento de Identidad	Número del doc. De identidad del TITULAR de la cuenta	Nombre del Titular de la cuenta destino	N°. Máximo transacciones por día	Valor máximo por cada transacción	Tipo de Novedad (2)

(2) **Tipo de Novedad:** **A:** inscribir una cuenta, **M:** modificar el No. Máximo de transacciones y/o valor máximo de una cuenta ya inscrita y **E:** Eliminar una cuenta inscrita

III. AUTORIZADOS PARA CONFIRMACIÓN TELEFÓNICA DE LAS OPERACIONES (3) (Campo Opcional)

Nombre	Cargo	Tipo de Documento de Identidad	Número del doc. De identidad	Teléfono	Tipo de Novedad (2)

(3) **EXCEPCIONES A LA CONFIRMACIÓN TELEFÓNICA:** Las siguientes situaciones no serán confirmadas telefónicamente: (i) Las instrucciones de retiro o pago que se reciban por fax u otros medios electrónicos, sin importar la cuantía, siempre que el destinatario del pago sea EL CONSTITUYENTE Y/O FIDEICOMITENTE Y/O INVERSIONISTA y siempre y cuando la cuenta bancaria de destino haya sido previamente inscrita en los formatos establecidos para ello por LA FIDUCIARIA y (ii) las operaciones que vienen con firma digital sin importar la cuantía ni el destinatario del pago (Certicámaras-solicitud por el módulo transaccional de la página WEB de la Fiduciaria).

IV. DIRECCIONES DE CORREO ELECTRÓNICO AUTORIZADAS PARA RECIBIR INFORMACIÓN A LA FIDUCIARIA (Campo Opcional)		
NOMBRE	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	Tipo de Nove- dad (2)

Autorizo a la Fiduciaria de Occidente S.A. para que anule los espacios en blanco de este formato

FIRMA

Nombre del titular o representante legal: _____

Doc. Id.: _____