

FORMATO DE CONOCIMIENTO DE ASOCIADOS

Código: **F-DE-01**

Fecha: 01/05/2022

Versión: 04

Ciudad y fecha del diligenciamiento del formato:				Tipo de Solicitud : <input type="checkbox"/> Nuevo Asociado <input type="checkbox"/> Actualización de datos <input type="checkbox"/>			
INFORMACION GENERAL							
Primer apellido:		Segundo apellido:		Nombre(s):			
Tipo de documento de identidad: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/>		No.		Lugar de expedición:		Fecha de expedición: DD/MM/AA	
Estado Civil:		Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento: DD / MM / AA			
Lugar de nacimiento:		Municipio:		Departamento:		Nacionalidad:	
Oficio o profesión:		Actividad económica: Asalariado		Código CIU: 0010			
No personas a cargo:		No de hijos:		Dirección de residencia:			
Tipo de vivienda (propia, arrendada o familiar):				# Apto/Casa:		# Interior/torre:	
Estrato residencial:		Barrio:		Departamento:		Municipio:	
Teléfono fijo:		Teléfono móvil:		E-mail personal:			
E-mail institucional:		Declara renta:		Autoriza envío de comunicados al correo:			
Empresa donde trabaja:		Cargo:		Tipo Contrato:		Fecha de ingreso: DD / MM / AA	
Municipio:		Departamento:		Tel empresa:		Extensión:	
No. De cuenta		Corriente <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/>		Banco:			
PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA							
¿Maneja o ha manejado recursos públicos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				¿Ejerce o ha ejercido algún grado de poder público? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Goza o ha gozado de reconocimiento público? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				En caso de alguna respuesta afirmativa, especifique que reconocimiento y hace cuánto:			
¿Existe un vínculo entre usted y una persona públicamente expuesta Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> / Indique en caso de respuesta afirmativa (nombres completos e identificación)							
INFORMACIÓN FINANCIERA							
Valor Ingresos mensuales:				Otros ingresos:			
Valor Egresos mensuales:				Otros egresos:			
Valor Total Activos:				Valor Total Pasivos:			
Valor Comercial inmuebles:				Valor Comercial Vehículo:		Placa:	
OPERACIONES INTERNACIONALES							
¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?							
¿Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique:							
Tipo de producto	No. del producto	Entidad	Mon to	Moneda	Ciudad	País	
DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES							
Declaración de origen de fondos: Declaro que mis recursos provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique. De igual forma declaro que no me encuentro en las listas internacionales vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional ONU (Listas de Naciones Unidas) o en las listas OFAC.							
Con la firma del presente documento, acepto que el incumplimiento de lo señalado en este formato generará como consecuencias: 1. La terminación del vínculo como asociado por parte del FONDO DE EMPLEADOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES; 2. En caso que el FONDO DE EMPLEADOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES advierta hechos constitutivos de corrupción o ilegalidad, tales hechos se pondrán inmediatamente en conocimiento de las autoridades competentes y dará inicio a procesos legales que corresponda; 3. Estoy informado (a) de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite el FESS por cada producto o servicio que utilice; igualmente, del incremento anual de mis aportes y ahorros; 4. Recibir mensajes de texto y correos electrónicos de mis obligaciones y servicios que presta el FESS.							
Acepto que el FONDO DE EMPLEADOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES 1. Verifique la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente; 2. Reporte, almacene, actualice, consulte, procese, compile, intercambie, suministre, grabe, solicite y divulgue la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con el FONDO DE EMPLEADOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignarán de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones. 3. Realice el cruce de cuentas entre mis ahorros y aportes, en caso de mi retiro, con todos los valores originados en las operaciones y servicios que el FONDO DE EMPLEADOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES me suministre.							

FORMATO DE CONOCIMIENTO DE ASOCIADOS

Código: **F-DE-01**

Fecha: 01/05/2022

Versión: 04

Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído, comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo:

Firma

ESPACIO PARA
HUELLA

VERIFICACIÓN (para uso exclusivo del FESS)

Se certifica que se llevó a cabo la revisión de la información, los documentos y las consultas en listas vinculantes.

Fecha y hora: DD / MM / AA HH:MM

Nombre y firma del empleado que ingresó la información en el sistema:

No. de Consulta:

Observaciones:

AUTORIZACION DE ENTREGA DE APORTES EN CASO DE FALLECIMIENTO

Informo que en caso de fallecer siendo asociado del FESS, autorizo para que mis aportes sean entregados a las siguientes personas, según los porcentajes indicados:

Beneficiarios (nombres y Apellidos)	No. Cédulas de Ciudadanía	Parentesco	Porcentaje

Firma

ESPACIO PARA
HUELLA