



Fondo de Empleados de la  
Superintendencia de Sociedades.  
Sigla: FESS

## FORMATO DE CONOCIMIENTO DE BENEFICIARIOS GIROS A TERCEROS

Código: F-DE-01

Fecha: 22/04/22

Versión: 02

Ciudad y fecha del diligenciamiento del formato:		Tipo de Solicitud:		Beneficiario CDAT's <input type="checkbox"/>		
				Beneficiario devolución ahorros <input type="checkbox"/>		
				Beneficiario Préstamo <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 CIIU: 0010		
Dirección de residencia:			Departamento:		Municipio:	
Teléfono fijo:	Teléfono móvil:		E-mail:			
Empresa donde trabaja:			Cargo:		Fecha de ingreso: DD / MM / AA	
Municipio:	Departamento:		Teléfono empresa:		Fax:	
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 Sí <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 Activos:			Valor Pasivos:			
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:						
Type of product	No. of product	Entity	Amount	Moneda	City	Country
DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES						
Declaración de origen de fondos: Declaro que mis recursos provienen de actividades licitas 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, adicionen o modifiquen. 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 beneficiario y/o codeudor con el 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.						
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 consignan 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.						
DOCUMENTOS ANEXOS						
Fotocopia del documento de identificación					Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>



Fondo de Empleados de la  
Superintendencia de Sociedades.  
Sigla: FESS

## FORMATO DE CONOCIMIENTO DE BENEFICIARIOS GIROS A TERCEROS

Código: F-DE-01

Fecha: 22/04/22

Versión: 02

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

\_\_\_\_\_

Firma Beneficiario

Cédula Beneficiario:

ESPACIO PARA  
HUELLA

\_\_\_\_\_

Firma Asociado

Cédula Asociado:

ESPACIO PARA  
HUELLA

\_\_\_\_\_

Firma legalización transferencia asociado

### 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 realizó la verificación y las consultas:

No. de Consulta:

Observaciones: