


| Fecha de diligenciamiento | | | FONDO DE EMPLEADOS DE LA FUND. OFTALMOLOGICA DE SANTANDER | | | |  FONDEFOS Tu fondo de Servicios | | | | | | |
|---|---|-----------------|---|-----------|------------------|---|---|-------------|---|---------------|----|----|----|
| | | | "FONDEFOS" | | | | | | | | | | |
| | | | FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DE PERSONAS NATURALES | | | | | | | | | | |
| RELACION | | | | PAGADURIA | | DEMOGRAFIA | | | | | | | |
| CLIENTE | | ACCIONISTA | | EMPLEADO | | COMPRA DE CARTERA | | P. NATURAL | | INGRESO | | | |
| PROVEEDOR | | JUNTA DIRECTIVA | | BANCO | | VENTA DE CARTERA | | P. JURIDICA | | ACTUALIZACIÓN | | | |
| PERSONAS NATURALES | | | | | | | | | | | | | |
| Nombres y Apellidos | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de identificación: | | | | | | NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> OTRA: Cual ? _____ No de identificación: _____ | | | | | | | |
| Lugar de expedición Doc Id y fecha | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de Nacimiento | | | | | | Nacionalidad | | | | | | | |
| Lugar de Nacimiento (País/Departamento/Municipio) | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección de domicilio | | | | | | | | | | | | | |
| Barrio | | | Estrato | | Tipo de vivienda | | Familiar _____ Propia _____ Arrendada _____ | | | | | | |
| País/Dpto/Ciudad: | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono Res. | | | No. Celular | | | E-mail | | | | | | | |
| Estado Civil | | | | | | Nivel de estudio | | | | | | | |
| REFERENCIAS PERSONALES | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | | Teléfono | | | Ocupación | | | | | | | |
| Nombre | | | Teléfono | | | Ocupación | | | | | | | |
| DATOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la empresa donde Labora | | | | | | Cargo: | | | | | | | |
| Direccion | | | | | | Dpto/Municipio | | | | | | | |
| Teléfonos | | | | | | E-mail | | | | | | | |
| Ocupación, oficio o profesión | | | | | | Fecha de Ingreso (AAAA/MM/DD) | | | | | | | |
| Tipo de contrato: | | | | | | T. Fijo __ T. Indefinido __ Prestacion de Servicios __ Obra o labor contratada __ Otro Cual? _____ | | | | | | | |
| INFORMACIÓN FINANCIERA | | | | | | | | | | | | | |
| Ingresos mensuales derivados de su actividad principal | | | | \$ | | Egresos | | \$ | | | | | |
| Otros Ingresos mensuales | | | | \$ | | Especificar | | \$ | | | | | |
| Activos | | \$ | | Pasivos | | \$ | | Patrimonio | | \$ | | | |
| DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS | | | | | | | | | | | | | |
| De manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración en cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa No.004 de Enero de 2017 expedida por la Superintendencia de Economía Solidaria, Ley 190 de 1995 "Estatuto Anticorrupción" y demás normas legales concordantes. | | | | | | | | | | | | | |
| Declaro expresamente que: | | | | | | | | | | | | | |
| 1, Los recursos financieros, mi actividad, profesión u oficio, son licitos y provienen de las siguientes fuentes: | | | | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Realiza Operaciones Internacionales? Si _____ No _____ Señale el tipo de operación: _____ | | | | | | | | | | | | | |
| Importaciones <input type="checkbox"/> | | | Inversiones <input type="checkbox"/> | | | Transferencias <input type="checkbox"/> | | | Envío y/o recepción de Giros <input type="checkbox"/> | | | | |
| Exportaciones <input type="checkbox"/> | | | Préstamos <input type="checkbox"/> | | | Pago de servicios <input type="checkbox"/> | | | Otra: _____ | | | | |
| PERSONAS EXPUESTA PUBLICAMENTE (PEP) | | | | | | | | | | | | | |
| • ¿Por su cargo maneja recursos públicos? | | | | | | Si | | | No | | | | |
| • ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? | | | | | | Si | | | No | | | | |
| • ¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general? | | | | | | Si | | | No | | | | |
| • ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? | | | | | | Si | | | No | | | | |
| • ¿Tiene 2° de afinidad y 2° de Consanguinidad (Padres,hermanos,esposa, primos, suegros, cuñados o conuñados) con PEPs? | | | | | | Si | | | No | | | | |
| SARA | ¿Usted o alguna persona cercana han hecho parte de algún proceso de desmovilización, reincorporación o reintegración a la vida civil? | | | | | | | | | | SI | NO | |
| | No. Resolución | | | | | | | | | | | | |
| | Fecha Resolución | | | | | | | | | | | | |
| | ¿Integra usted alguna organización que agrupe y agremie personas reincorporadas a la vida civil? | | | | | | | | | | | SI | NO |
| Información verificada en el sistema SARA | | | | | | | | | | | SI | NO | |
| Se adjunta certificado de validación. | | | | | | | | | | | SI | NO | |

INFORMACIÓN FONDEFOS (Espacio exclusivo para ASOCIADOS)

| | | | |
|----------------|----|-------------------|----|
| APORTE MENSUAL | \$ | APORTE VOLUNTARIO | \$ |
|----------------|----|-------------------|----|

1. Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a FONDEFOS para que la verifique.

2. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite FONDEFOS, por cada producto o servicio que utilice.

3. Autorizo a FONDEFOS para que consulte y reporte información a las centrales de riesgos.

4. Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.

5. Autorizo a FONDEFOS para que descuente el valor correspondiente a la consulta en listas Restrictivas, como mecanismo de debida diligencia, previo a mi vinculación como asociado.

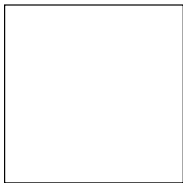
6. Fondefos, da cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 por el cual se establece el Régimen General de Protección de Datos y al Decreto Nacional 1377 de 2013, responsable del tratamiento (almacenamiento, uso, circulación o eliminación) de los datos personales adquiridos en bases de datos o archivos.

En tal condición se requiere su autorización para que de manera libre, voluntaria y debidamente informada, nos permita almacenar, usar, suprimir, procesar y en general, dar tratamiento a los datos que fueron suministrados por Usted y que se han incorporado en nuestra base de datos.

Esta información es y será utilizada para informar sobre los productos, servicios, ofertas, promociones, capacitaciones y eventos de Fondefos. Usted puede ejercer su derecho a conocerlos o suprimirlos diligenciando el formato de autorización o reclamación de tratamiento de datos personales y enviándolo a correo de contacto

Así mismo, agradecemos nos contacte mediante comunicación escrita a la oficina de fondefos o al correo correo de contacto si requiere actualizar, rectificar o corregir sus datos personales.

Aceptación del Asociado



CC

Huella Índice derecho

VoBo FONDEFOS

VoBo Empresa donde labora

OBSERVACIONES:

FUNCIONARIO QUE VERIFICA LA INFORMACION:

FECHA DE VERIFICACIÓN

DOCUMENTACIÓN ANEXA A SOLICITUD

1. Cédula de ciudadanía
2. Último desprendible de nómina
3. Certificación laboral

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

| | | | | | | | |
|---------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------|--|--|--|--|
| AUTORETENED. | NO | SI | RESOLUCION | IMPUESTO | RESPONSABLE IVA | CLASIF. DIAN | PROVEEDOR |
| VENTAS | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | DE RENTA | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | GRAN CONTRIBUYENTE | EXTRANJERO |
| ICA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | SI <input type="checkbox"/> | REGIMEN COMUN <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| | | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | REGIMEN SIMPLE <input type="checkbox"/> | No. RESOLUCION _____ | NO <input checked="" type="checkbox"/> |

TARIFA DE IMPUESTOS: _____

DESCRIPCION ESPECIFICA DE RELACION CON LA ENTIDAD (SERVICIO PRESTADO, MONTOS, LUGAR): _____

| REFERENCIAS PERSONALES CLIENTES | EMPRESA | NOMBRE | CARGO | CIUDAD | TELEFONO |
|---------------------------------|---------|--------|-------|--------|----------|
| | | | | | |

| REFERENCIAS PRINCIPALES PROVEEDORES | EMPRESA | NOMBRE | CARGO | CIUDAD | TELEFONO |
|-------------------------------------|---------|--------|-------|--------|----------|
| ROPA | | | | | |

| REFERENCIAS BANCARIAS | ENTIDAD | CIUDAD SUCURSAL | CUENTA | | TELEFONO |
|-----------------------|---------|-----------------|--------|--|----------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| REPRESENTANTE LEGAL | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES | FIRMA |
|---------------------|-----------------|------------------|---------|-------|
| | | | | |

DECLARACIÓN FATCA (Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas Extranjeras)

| | | | | | |
|----|---|----|--|----|--|
| 1. | La persona natural o el representante legal de la persona jurídica posee Nacionalidad Estadounidense? (en caso afirmativo, indique el Numero de Identificación Tributaria para Estados Unidos - TIN) | SI | | NO | |
| 2. | ¿El representante legal de la persona jurídica es residente fiscal de Estados Unidos? | SI | | NO | |
| 3. | ¿La persona jurídica es contribuyente de Estados Unidos? | SI | | NO | |
| 4. | ¿Da instrucciones permanentes para transferir fondos a una cuenta de Estados Unidos? (en caso afirmativo, indique nombre del titular de la cuenta y entidad) | SI | | NO | |
| 5. | ¿El 50% o mas de sus activos totales y/o los ingresos de la persona jurídica, provienen de activos de inversión de Estados Unidos? | SI | | NO | |
| 6. | ¿Posee Green Card? | SI | | NO | |
| 7. | ¿Nació en Estados Unidos? | SI | | NO | |
| 8. | ¿Vivió las 2/3 partes del año anterior en Estados Unidos? | SI | | NO | |
| 9. | ¿Viajó mas de 3 veces a Estados Unidos en los últimos 2 años? | SI | | NO | |

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTA SOLICITUD ES REAL Y VERIFICABLE Y ASUMO PLENA RESPONSABILIDAD POR LA INFORMACIÓN ERRÓNEA, FALSA O INEXACTA QUE HUBIERE PROPORCIONADO EN ESTE DOCUMENTO. ACEPTO QUE CUALQUIER ERROR O INEXACTITUD PODRÁ ACARREAR LA RESERVA DEL DERECHO DE ACEPTAR O RECHAZAR LA PRESENTE SOLICITUD Y A QUE NO SE ME DE EXPLICACIÓN ALGUNA NI RESPONDA LA PRESENTE SOLICITUD EN CASO DE RECHAZO DE LA MISMA; ASÍ MISMO DECLARO QUE LOS RECURSOS BIENES Y/O SERVICIOS QUE PROVEA, NO PROVIENEN DE NINGUNA ACTIVIDAD ILÍCITA DE LAS CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO O EN CUALQUIER NORMA QUE LO MODIFIQUE O ADICIONE. TAMBIÉN ME COMPROMETO A ACTUALIZAR MIS DATOS AL MENOS UNA VEZ AÑO O EN SU DEFECTO CADA VEZ QUE CAMBIE DE DOMICILIO Y/O REPRESENTANTE LEGAL POR TANTO, EXHIMO A FONDEFOS DE TODA RESPONSABILIDAD QUE SE DERIVE POR INFORMACIÓN ERRÓNEA, FALSA O INEXACTA QUE HUBIERE PROPORCIONADO EN ESTE DOCUMENTO O DE LA VIOLACIÓN DEL MISMO; ME COMPROMETO IGUALMENTE A CUMPLIR Y APLICAR TODOS LOS PROCEDIMIENTOS INTERNOS DEL SARLAFT DE FONDEFOS. LA APLICACIÓN PARCIAL O LA AUSENCIA DE EJECUCIÓN DE ESTOS PROCEDIMIENTOS POR PARTE DEL CONTRATISTA PODRÁ SER CAUSAL DE TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO. ASÍ MISMO AUTORIZO EXPRESA E IRREVOCABLEMENTE A FONDEFOS A QUE CONSULTE ANTES LAS ENTIDADES QUE MANEJEN Y/O ADMINISTREN BASES DE DATOS TALES COMO CENTRALES DE RIESGO Y SEA REPORTADO A LAS MISMAS DE SER NECESARIO, LISTAS DE CONTROL SARLAFT Y/O CUALQUIER OTRA LISTAS INFORMATIVAS. LA DOCUMENTACION EN ESTE FORMULARIO ES CIERTA Y VERIFICABLE. ME COMPROMETO A ACTUALIZARLA A LA ENTIDAD S.A.S. UNA VEZ AL AÑO. LOS DINEROS DE FONDEFOS NO SERAN UTILIZADOS PARA DELITOS ASOCIADOS A LA FINANCIACION DEL TERRORISMO. LA IRMA DE ESTE DOCUMENTO EXPRESA LA LECTURA, ENTENDIMIENTO Y ACEPTACION TOTAL DE LA INFORMACION AQUI DILIGENCIADA.

ESPACIO PARA PERSONAS NATURALES

| | |
|---------------------------------|--|
| FIRMA REPRESENTANTE LEGAL _____ | |
| NOMBRE _____ | |

Huella Índice derecho

DOCUMENTACIÓN ANEXA A SOLICITUD

1. RUT
2. Cédula de ciudadanía
3. Certificación Bancaria menor a 30 días de expedición
4. Última Declaración de Renta o certificación de no declarante
5. Certificación de ingresos

FUNCIONARIO QUE VERIFICA LA INFORMACION: _____

FECHA DE VERIFICACIÓN: _____