


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"/>	
Exportaciones		<input type="checkbox"/>		Prestamos		<input type="checkbox"/>		Pago de servicios		<input type="checkbox"/>	
								Envío y/o recepción de Giros		<input type="checkbox"/>	
								Otra: _____			
PERSONAS EXPUESTA PUBLICAMENTE (PEP)											
<ul style="list-style-type: none"> ¿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 											
¿Usted o alguna persona cercana han hecho parte de algún proceso de desmovilización, reincorporación o reintegración a la vida civil?										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
No. Resolución											
Fecha Resolución											
¿Integra usted alguna organización que agrupe y agremie personas reincorporadas a la vida civil?											
Información verificada en el sistema SARA											
Se adjunta certificado de validación.											
SARA										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

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.

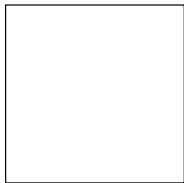
6. Fondefos, da cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 por el cual se establece el Régimen General de Protección de Datos y al Decreto Nacional 1377 de 2013, responsable del tratamiento (almacenamiento, uso, circulación o eliminación) de los datos personales adquiridos en bases de datos o archivos.

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 INFORMACIÓN:

FECHA DE VERIFICACIÓN

DOCUMENTACIÓN ANEXA A SOLICITUD

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