

Fecha de diligenciamiento			FONDO DE EMPLEADOS DE LA FUND. OFTALMOLOGICA DE SANTANDER				 FONDEFOS Tu fondo de Servicios			
DIA	MES	AÑO	"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 <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/>			
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 <input type="checkbox"/> T. Indefinido <input type="checkbox"/> Prestacion de Servicios <input type="checkbox"/> Obra o labor contratada <input type="checkbox"/> Otro Cual? <input type="checkbox"/>						
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Tiene 2° de afinidad y 2° de Consanguinidad (Padres,hermanos,esposa, primos, suegros, cuñados o conuñados) con PEPs? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 										
SARA	¿Usted o alguna persona cercana han hecho parte de algún proceso de desmovilización, reincorporación o reintegración a la vida civil?									
	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.										
			SI			NO				
			SI			NO				
			SI			NO				
			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.

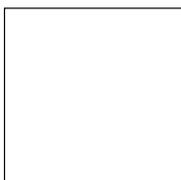
6. Fondefos, da cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 por el cual se establece el Régimen General de Protección de Datos y al Decreto Nacional 1377 de 2013, responsable del tratamiento (almacenamiento, uso, circulación o eliminación) de los datos personales adquiridos en bases de datos o archivos.

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 INFORMACIÓN:

FECHA DE VERIFICACIÓN

DOCUMENTACIÓN ANEXA A SOLICITUD

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