

 Fondo de Empleados de la Superintendencia de Sociedades	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE PROVEEDORES	Código: F-DE-01
		Fecha: 05/07/18
		Versión: 02

Ciudad y fecha del diligenciamiento del formato:		Tipo de Solicitud: Nuevo ☐ Actualización de datos ☐	
INFORMACION GENERAL			
Razón Social:		NIT:	
E-mail para notificaciones:		Teléfono:	Fax:
Dirección Domicilio principal:		Departamento:	Ciudad:
Página web de la empresa:		Código Actividad económica (CIIU):	
Tipo de Empresa: Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Otro ☐ Cual?			
REPRESENTANTE LEGAL	Primer apellido:		Segundo apellido:
	Nombre(s):		
	Dirección Domicilio:		Ciudad:
	Tipo de identidad: P.P. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐	No.	Lugar de expedición:
	Fecha de expedición: DD/MM/AA		
Nacionalidad:		Fecha de nacimiento: DD/MM/AA	Lugar de nacimiento:
¿Maneja o ha manejado recursos públicos? Sí ☐ No ☐		¿Ejerce o ha ejercido algún grado de poder público? Sí ☐ No ☐	
		¿Goza o a gozado de reconocimiento público? Sí ☐ No ☐	
En caso de alguna respuesta afirmativa, especifique que reconocimiento y hace cuánto:			
¿Existe un vínculo entre usted y una persona políticamente expuesta? Si ☐ No ☐ Indique nombres completos e identificación de la(s) persona(s):			
IDENTIFICACIÓN DE LOS SOCIOS O ACCIONISTAS QUE SEAN PROPIETARIOS, DIRECTAMENTE DE MÁS DEL 5 % DEL CAPITAL SOCIAL (En caso de ser necesarios más espacios, los mismos deberán anexarse al presente formato)			
Denominación social o nombre completo		Tipo de identificación	No. de identificación
		P.P. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ NIT ☐	
		P.P. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ NIT ☐	
		P.P. ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ C.D. ☐ NIT ☐	
INFORMACIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA			
Patrimonio (Pesos):		Activos (Pesos):	Pasivos (Pesos):
Ingresos mensuales (Pesos):		Otros ingresos (Pesos):	
Egresos mensuales (Pesos):		Otros egresos (Pesos):	
Tipo de Contribuyente: Régimen Simplificado ☐ Régimen Común ☐ Régimen especial ☐ Otros ☐ Cual:			
Gran contribuyente: Si ☐ No ☐ N° Resolución		Autoretenedor: Si ☐ No ☐	
Declarante de Renta: Si ☐ No ☐		Declarante de Patrimonio: Si ☐ No ☐	
INFORMACIÓN BANCARIA			
ENTIDAD BANCARIA		TIPO DE CUENTA	NUMERO DE CUENTA
		Corriente ☐ Ahorros ☐	
		Corriente ☐ Ahorros ☐	
		Corriente ☐ Ahorros ☐	
OPERACIONES INTERNACIONALES			
¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Sí ☐ No ☐ ¿Cuál?			
¿Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera? Si ☐ No ☐ En caso afirmativo, indique:			
Tipo de producto	No. del producto	Entidad	Monto
REFERENCIAS COMERCIALES (Clientes Principales)			
NOMBRE DE LA EMPRESA		CIUDAD	PERSONA DE CONTACTO

 Fondo de Empleados de la Superintendencia de Sociedades	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE PROVEEDORES	Código: F-DE-01
		Fecha: 05/07/18
		Versión: 02

DOCUMENTOS A ADJUNTAR		
Certificado de existencia y representación legal expedido, con vigencia no superior a tres (3) meses.	Si ☐	No ☐
Una (1) Fotocopia del Registro Único Tributario	Si ☐	No ☐
Una (1) copia del documento de identidad del representante legal.	Si ☐	No ☐
Declaración de renta del último año gravable (opcional)	Si ☐	No ☐
Certificación Bancaria	Si ☐	No ☐
Cancelación de parafiscales del último mes (personal natural)	Si ☐	No ☐

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
Declaración de origen de fondos: Declaro que mis recursos y/o fondos y de los que represento 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, 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. Adicionalmente declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por FONDO DE EMPLEADOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES 2) Me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a FONDO DE EMPLEADOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) El FONDO DE EMPLEADOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente. Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable al FONDO DE EMPLEADOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar 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 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. Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo: _____ Firma del Representante Legal ESPACIO PARA HUELLA	

VERIFICACIÓN (para uso exclusivo del FESS)	
Verificación del Asistente Administrativo	Verificación del Oficial de Cumplimiento
Fecha y hora: <u>DD / MM / AA</u> <u>HH:MM</u>	Fecha y hora: <u>DD/MM/AA</u> <u>HH:MM</u>
Medios utilizados para revisar y verificar la información:	Códigos de la consultas:
Observaciones adicionales:	Observaciones adicionales:
Resultado: Aceptado ☐ Rechazado ☐	

Firma Asistente Administrativo

Firma Oficial de Cumplimiento