| | | |
|---|---|---|
| Fondo de Empleados de la Superintendencia de Sociedades ¡Tu mano Amiga! | **FORMATO DE AUTORIZACION DE GIROS A TERCEROS Y CONOCIMIENTO DE BENEFICIARIOS** | Código: F-DE-01<br>Fecha: 20/10/26<br>Versión: 03 |

| | |
|---|---|
| **Ciudad y fecha del diligenciamiento del formato:**<br>Ciudad: _____ Fecha: DD / MM / AA | **Tipo de Solicitud de autorización de giros a:**<br>☐ Beneficiario CDAT´s<br>☐ Beneficiario devolución ahorros<br>☐ Beneficiario Préstamo |

## 1. INFORMACIÓN GENERAL PERSONA NATURAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Primer apellido:** | **Segundo apellido:** | **Nombre(s):** | |
| **Tipo de documento:** ☐C.C. ☐C.E. ☐P.P. | **No.:** | **Lugar de expedición:** | **Fecha de expedición:** DD / MM / AA |
| **Estado Civil:** | **Sexo:** ☐ Masculino ☐ Femenino | **Fecha de nacimiento:** DD / MM / AA | **Nacionalidad:** |
| **Lugar de nacimiento:** | **Municipio:** | **Departamento:** | |
| **Oficio o profesión:** | **Actividad económica:** | **Código CIIU:** | |
| **Dirección de residencia:** | **Departamento:** | **Municipio:** | |
| **Teléfono fijo:** | **Teléfono móvil:** | **E-mail:** | |
| **Empresa donde trabaja:** | **Cargo:** | **Fecha de ingreso:** DD / MM / AA | |
| **Municipio (Empresa):** | **Departamento (Empresa):** | **Teléfono empresa:** | **Fax:** |
| **No. de cuenta:** | **Tipo de cuenta:** ☐ Corriente ☐ Ahorro | **Banco:** | |

## INFORMACIÓN GENERAL PERSONA JURÍDICA

| | | |
|---|---|---|
| **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 ¿Cuál? _____ | | |

## DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1er apellido:** | **2do apellido:** | **Nombre(s):** | |
| **Dirección Domicilio:** | | **Departamento:** | **Ciudad:** |
| **Tipo de identidad:** ☐ P.P. ☐ C.C. ☐ C.E. | **No.:** | **Lugar de expedición:** | **Fecha de expedición:** DD / MM / AA |
| **Nacionalidad:** | **Fecha de nacimiento:** | **Lugar de nacimiento:** | |

## 3. PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEP)

| | |
|---|---|
| **¿Maneja o ha manejado recursos públicos?** | ☐ Sí ☐ No |
| **¿Ejerce o ha ejercido algún grado de poder público?** | ☐ Sí ☐ No |
| **¿Goza o ha gozado de reconocimiento público?** | ☐ Sí ☐ No |
| **En caso de alguna respuesta afirmativa, especifique qué reconocimiento y hace cuánto:** | |
| **¿Existe un vínculo entre usted y una persona públicamente expuesta?** | ☐ Sí ☐ No |
| **Indique en caso de respuesta afirmativa (nombres completos e identificación):** | |

## 4. INFORMACIÓN FINANCIERA

| | |
|---|---|
| **Valor Ingresos mensuales:** $ | **Otros ingresos:** $ |
| **Valor Egresos mensuales:** $ | **Otros egresos:** $ |

| | |
|---|---|
| **Valor Activos:** $ | **Valor Pasivos:** $ |

## 5. OPERACIONES INTERNACIONALES

| | |
|---|---|
| **¿Realiza transacciones en moneda extranjera?** | ☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____ |
| **¿Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera?** | **En caso afirmativo, indique:** ☐ Sí ☐ No |

| Tipo de producto | No. del producto | Entidad | Monto | Moneda | Ciudad | País |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

## 6. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

**Declaración de origen de fondos:** Declaro que mis recursos 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.

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. Que en calidad de asociado autorizo el giro al tercero según información suministrada en este documento.

## 7. DOCUMENTOS ANEXOS Y FIRMAS

| | |
|---|---|
| **Fotocopia del documento de identificación Beneficiario y Representante Legal "RL"** | ☐ Sí ☐ No |
| **Certificado de existencia y representación legal expedido, con vigencia no superior a tres (3) meses.** | ☐ Sí ☐ No |
| **Certificación Bancaria** | ☐ Sí ☐ No |

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

| | |
|---|---|
| _____<br>Firma Beneficiario / RL<br># CC Beneficiario / RL: _____ | _____<br>Firma Asociado<br>Cédula Asociado: _____ |

_____
Firma legalización transferencia asociado

## 8. 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:**<br>DD / MM / AA | **Nombre y firma del empleado que realizó la verificación y las consultas:** | **No. de Consulta:** |
| **Observaciones:** | | |