

Esta información es confidencial y solo es utilizada por el FEC para objetivos propios del SARLAFT
Por favor diligenciar el formato en su totalidad, los campos que no apliquen por favor asignar las letras NA

Fecha
DD MM AAAA

Afiliación Nueva Re-Ingreso Actualización de Datos

CUOTA MENSUAL DE AHORROS

Artículo 39 Estatuto: Todos los asociados al FEC, deberán comprometerse a aportar cuotas sucesivas permanentes entre el tres por ciento (3%), hasta un máximo del diez por ciento (10%) de su ingreso básico Mensual o mesada pensional. Del total de la cuota permanente aquí establecida, el veinte por ciento (20%) se llevará a aportes sociales individuales y el ochenta por ciento (80%) a una cuenta de ahorros permanentes.

Autorizo al FEC a descontar como cuota sucesiva permanente la suma de: \$ _____ mensual.

INFORMACIÓN PERSONAL

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres	
Tipo de ID <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> Pasaporte		N° Documento		Fecha expedición del doc DD MM AAAA	
Lugar de Expedición		Ciudad de Nacimiento		Departamento de Nacimiento	
Nacionalidad		Fecha de nacimiento DD MM AAAA		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección Residencia		Barrio de Res.		Ciudad de Res.	
Departamento de Res		Tipo de Vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	
Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		N° personas a cargo		Nivel educativo <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Posgrado	
Teléfono Fijo		N° Celular		Ocupación <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Pensionado Cual? _____	
Correo Electrónico					

INFORMACIÓN LABORAL

Empresa		Fecha de Ingreso DD MM AAAA		Tipo de contrato		Fecha vencimiento (Si Aplica) DD MM AAAA	
Dependencia		Cargo		Código de Empleado (si aplica)		Salario / Mesada \$ _____	
Dirección de empresa donde labora		Ciudad donde labora		Departamento donde labora			

INFORMACIÓN FINANCIERA

Activos \$ _____		Pasivo \$ _____		Ingresos Mensuales \$ _____		Otros Ingresos Mensuales \$ _____	
Fuente de Otros Ingresos				Egresos Mensuales \$ _____			
¿Realiza Operaciones en Moneda Extranjera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Banco: _____		Tipo de Operación		País de la Operación	

DECLARACIÓN DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE (PEP)

¿Administra Recursos Públicos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Tiene o goza de Reconocimiento Público? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Tiene algún grado de poder público? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encaje en lo descrito previamente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por favor especifique: _____					

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De conformidad a la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 y Para el cumplimiento del objeto de la asociación, autorizo expresamente el uso de mi información a la empresa en la que laboro, al FEC y a sus aliados estratégicos comerciales, para contactarme, enviarme información, notificaciones y comunicados, vía mensaje de texto, llamadas al teléfono fijo o celular, comunicaciones escritas o correos electrónicos.

Autorizo al FEC para que use los canales de comunicación, correo electronico, sms, whatsAPP, llamadas y demás canales definidos en cumplimiento de la ley 2300 de 2023.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos al FONDO DE EMPLEADOS COLSUBSIDIO - FEC, con el fin de cumplir con las disposiciones señaladas en su Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo SARLAFT:

1. Declaro que los Activos, Ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi ocupación y mi actividad económica.
2. No admitiré que terceros vinculen mi actividad con dineros, recursos o activos relacionados con el delito de lavado de activos o destinados a la financiación del terrorismo.
3. Eximo al FEC, de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa ó errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soporten mis afirmaciones
4. Autorizo al FEC, para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario.
5. Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en el FEC tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas.
6. No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo.
7. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice, suministrando la información documental exigida por el FEC para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

OTRAS AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Declaro que he recibido toda la información acerca del Fondo de Empleados Colsubsidio como entidad privada del sector de la economía solidaria, sin ánimo de lucro, con vínculo de asociación cerrado, así como los deberes y derechos como asociado.

Declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes

Autorizo permanente e irrevocablemente al pagador de la Empresa en la que laboro, para retener de mis ingresos los valores derivados de esta solicitud.

Autorizo expresamente al FEC para ajustar mi cuota de ahorro mensual, cuando se incremente mi salario.

Autorizo expresamente al FEC para descontar semestralmente el valor del plan exequial integral familiar.

En cumplimiento de de la ley 1266 de 2008 y/o cualquier norma que la modifique o adicione, autorizo al FEC para Consulte, reporte, actualice, procese o divulgue la información de mi comportamiento crediticio, hábitos de pago y manejo de mis obligaciones en general a cualquier operador de información autorizado. Reconozco y acepto que el FEC no es responsable de los períodos de permanencia de tal información en las centrales de riesgo, toda vez que su obligación es la actualización de los reportes efectuados.

Firma y Huella

Firma

Cédula

Huella

USO EXCLUSIVO DEL FEC

RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO O RADICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN

(Información de quién entrevista al asociado)

Recibido por:

Nombre

Cargo

Firma

Fecha de recibido		
DD	MM	AAAA

Observaciones:

RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN

Validado por:

Nombre

Cargo

Firma

Fecha de Validación		
DD	MM	AAAA

Observaciones:

Se verifico al Asociado, en la lista Clinton, ONU y otras:

SI NO

Firma de quien consulta:

Otras Observaciones: