



860.534.049-2

SOLICITUD DE ASOCIACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Fecha

Por favor diligenciar el formato en su totalidad, los campos que no apliquen por favor asignar las letras NA

| | | |
|----|----|------|
| 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 | | N° Documento | | Fecha expedición documento | |
| <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> PAS | | DD | MM | AAAA | DD |
| Nacionalidad | | País de residencia | | Dirección de residencia | |
| Estrato | | Tipo de residencia | | Departamento de residencia | |
| <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada | | | | | |
| Ciudad de residencia | | Barrio de residencia | | Zona | |
| Estado civil | | Nº de Celular | | Correo electrónico personal | |
| <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 | | | | | |
| Nivel educativo | | Ocupación/Código CIU | | | |
| <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado | | <input type="checkbox"/> 0010-Employado <input type="checkbox"/> 0020-Pensionado <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____ | | | |
| Si es independiente | | Código CIU | | Tiene familiares asociados al FEC | |
| Describir actividad económica | | | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| | | | | Nombre completo del familiar (Si la respuesta es SI) | |

PERTENECE A ALGÚN GRUPO DE PROTECCIÓN ESPECIAL CONSTITUCIONAL INDIQUE CUAL: SI NO

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niños, niñas y adolescentes | <input type="checkbox"/> Mayores de 60 años | <input type="checkbox"/> Persona con discapacidad física, mental o sensorial |
| <input type="checkbox"/> Mujer cabez de familia | <input type="checkbox"/> Víctimas del conflicto armado | <input type="checkbox"/> Persona en condición de pobreza extrema |
| <input type="checkbox"/> NAAR/Pueblos indígenas | <input type="checkbox"/> Población diversa/LGBTIQ+ | <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____ |

INFORMACIÓN LABORAL

| | | | | | | | |
|--------------------------------|--|--------------------------------|--|---------------------|--|--------------------------------------|--|
| Empresa | | Fecha de ingreso | | Tipo de contrato | | Fecha vencimiento (Si Aplica) | |
| Dependencia | | Código de empleado (Si aplica) | | Cargo | | | |
| Correo electrónico corporativo | | Departamento donde labora | | Ciudad donde labora | | Dirección de la empresa donde labora | |

INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|--------------------------------|--|---|--|
| Ingresos mensuales (Salario proveniente de su trabajo principal) | | Otros ingresos mensuales (Ingresos adicionales que no provienen de su empleo: arriendos, pensiones, negocios, etc.) | | Concepto otros ingresos | | Egresos mensuales (Gastos mensuales como: arriendo, alimentación, servicios, transporte, educación, etc.) | |
| \$ <input type="text"/> | | \$ <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | \$ <input type="text"/> | |
| Activos (Bienes que posee, como vivienda, vehículo, ahorros, inversiones, etc.) | | Pasivo (Deudas, créditos, préstamos, obligaciones financieras pendientes) | | Patrimonio (activos - pasivos) | | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | | |
| ¿Realiza operaciones en moneda extranjera? | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | País de la operación | | | |
| <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Transferencias <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? _____ | | | | <input type="text"/> | | | |
| ¿Posee cuentas en el exterior? | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | Tipo de producto | | País | |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |

DECLARACIÓN DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE (PEP)

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|--|
| ¿Administra recursos públicos? | | ¿Tiene o goza de reconocimiento público? | | ¿Tiene algún grado de poder público? | | |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | <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: | | | | | <input type="text"/> | |

RESIDENCIA FISCAL OTROS PAÍSES LEY CRS Y FATCA

¿Es usted residente fiscal de un país distinto a Colombia? SI NO

Si respondió afirmativamente, indique en que países: _____ , _____ , _____

Indique su número de identificación tributaria en cada país en el mismo orden del punto anterior _____ , _____ , _____

Con el diligenciamiento de esta sección estoy suscribiendo una autocertificación en términos de la normatividad vigente para efectos de (CRS) y (FATCA).

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 electrónico, 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 la ley 1266 de 2008 y/o cualquier norma que la modifique o adicione, autorizo al FEC para que 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 periodos 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

Cédula

Firma

Huella

USO EXCLUSIVO DEL FEC

RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO O RADICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN (Información de quién entrevista al asociado)

| | | | | | | |
|--------|-------|----|----|------|-------------------|-------|
| Nombre | Cargo | DD | MM | AAAA | Fecha de recibido | Firma |
|--------|-------|----|----|------|-------------------|-------|

Observaciones:

RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN

| | | | | | | |
|--------|-------|----|----|------|-------------------|-------|
| Nombre | Cargo | DD | MM | AAAA | Fecha de recibido | Firma |
|--------|-------|----|----|------|-------------------|-------|

Observaciones:

Se verifico al Asociado, en la lista Clinton, ONU y otras: _____ Firma de quien consulta: _____

Otras Observaciones:

DOCUMENTOS ANEXOS

Fotocopia del documento de identificación

Resolución de la pensión (Aplica para asociado pensionado)