



**FONDO DE EMPLEADOS COLSUBSIDIO**

www.fecolsubsidio.com  
NIT. 860.534.049-2

SOLICITUD DE ASOCIACIÓN   
ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Esta información es confidencial y solo es utilizada para los objetivos propios del SARLAFT  
Favor diligenciar el formato en su totalidad. Los campos que No aplica favor asignar las letras N.A.

Fecha de Diligenciamiento

D	D	M	M	A	A	A	A
<input type="text"/>							

**CUOTA MENSUAL DE AHORROS**

Autorizo al FEC a descontar como cuota de ahorro la suma de \$ \_\_\_\_\_ mensual, valor que se situa entre el 3% y el 10% de mi salario básico mensual.

**INFORMACIÓN PERSONAL**

Primer apellido:		Segundo apellido:		Primer nombre:		Segundo nombre:	
Tipo de identificación: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> N° <input type="checkbox"/>				Fecha de expedición: D D M M A A A A		Lugar de expedición:	
Lugar de nacimiento: Ciudad <input type="text"/> Dpto <input type="text"/>		Nacionalidad:		Ocupación/profesión: Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual? <input type="text"/>		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		Cabeza de familia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		N° de personas a cargo:		Fecha de nacimiento: D D M M A A A A	
Dirección de residencia:				Barrio:		Ciudad:	
Teléfono de residencia:		Celular:		Correo electrónico:		Departamento:	

**INFORMACIÓN LABORAL**

Empresa		Dependencia		Cargo		Tipo de Contrato	
Fecha de ingreso: D D M M A A A A		Ciudad <input type="text"/> Departamento: <input type="text"/>		Salario Básico		Fecha de vencimiento: D D M M A A A A	

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

Ingresos Mensuales \$	Egresos Mensuales \$	Activos \$	Pasivos \$	Otros Ingresos \$
0 - 3.000.000 <input type="checkbox"/>	0 - 2.000.000 <input type="checkbox"/>	0 - 50.000.000 <input type="checkbox"/>	0 - 50.000.000 <input type="checkbox"/>	0 - 3.000.000 <input type="checkbox"/>
3.000.001 - 10.000.000 <input type="checkbox"/>	2.000.001 - 5.000.000 <input type="checkbox"/>	50.000.001 - 100.000.000 <input type="checkbox"/>	50.000.001 - 100.000.000 <input type="checkbox"/>	3.000.001 - 10.000.000 <input type="checkbox"/>
10.000.001 - 25.000.000 <input type="checkbox"/>	5.000.001 - 15.000.000 <input type="checkbox"/>	100.000.001 - 500.000.000 <input type="checkbox"/>	100.000.001 - 500.000.000 <input type="checkbox"/>	10.000.001 - 25.000.000 <input type="checkbox"/>
25.000.001 ∞ <input type="checkbox"/>	15.000.001 ∞ <input type="checkbox"/>	500.000.001 ∞ <input type="checkbox"/>	500.000.001 ∞ <input type="checkbox"/>	25.000.001 ∞ <input type="checkbox"/>

Posee cuentas en moneda extranjera Si  No  Banco:  Ciudad:  País:  Número de cuenta:

**DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE (PEP)**

Ha desempeñado en los últimos 24 meses cargos o actividades en los cuales:

¿Maneje recursos públicos o tenga disposición sobre estos? Si  No

¿Tiene o goza de reconocimiento público? Si  No

Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público (De acuerdo al decreto 1674 de 2016) Si  No

¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente? Si  No

Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por favor especifique

**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 actividad y ocupación.
2. No admitiré que terceros vinculen mi actividad con dineros, recursos o activos relacionadas 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.

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Para el cumplimiento del objeto de la asociación, autorizo expresamente el uso de mi información 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.

Declaro que la información que he suministrado es exacta en todas su 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 de la póliza exequial corporativa

\_\_\_\_\_  
Firma

Huella

**USO EXCLUSIVO DEL FEC**

RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO O RADICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN (Información de quién entrevista al asociado)	RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN
Nombre: _____	Fecha: D D M M A A A A
C.C.: _____	Hora: _____ Ciudad: _____
Cargo: _____	Nombre: _____ C.C.: _____
<b>OBSERVACIONES</b>	<b>OBSERVACIONES:</b>