



**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
---	---	---	---	---	---	---	---

**CUOTA MENSUAL DE AHORROS**

Autorizo al FEC a descontar como cuota de ahorro la suma de \$ \_\_\_\_\_ mensual, valor que se sitúa 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:		Lugar de expedición:	
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento:		Ocupación/profesión: Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual? _____		Nivel educativo: Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/>	
Lugar de nacimiento: Ciudad: _____ Dpto: _____		Nacionalidad:		Cabeza de familia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nº de personas a cargo:	
Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		Dirección de residencia:		Barrio:		Ciudad:	
Teléfono de residencia:		Celular:		Correo electrónico:		Departamento:	
¿Actualmente tiene créditos con otra entidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Tiene vehículo propio? Carro <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Camión <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		EPS a la que está afiliado:		¿Tiene plan complementario de salud? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

**INFORMACIÓN LABORAL**

Empresa:		Dependencia:		Cargo:		Tipo de Contrato:	
Fecha de ingreso:		Ciudad:		Salario Básico:		Fecha de vencimiento:	
Departamento:							

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

Ingresos Mensuales \$	Egresos Mensuales \$	Activos \$	Pasivos \$	Otros Ingresos \$
Hasta \$1.000.000	0 - 2.000.000	0 - 50.000.000	0 - 50.000.000	0 - 3.000.000
\$1.000.001 - \$3.000.000	2.000.001 - 5.000.000	50.000.001 - 100.000.000	50.000.001 - 100.000.000	3.000.001 - 10.000.000
\$3.000.001 - \$10.000.000	5.000.001 - 15.000.000	100.000.001 - 500.000.000	100.000.001 - 500.000.000	10.000.001 - 25.000.000
Más de \$ 10.000.001	15.000.001 ∞	500.000.001 ∞	500.000.001 ∞	25.000.001 ∞

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

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

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

¿Maneja recursos públicos o tiene disposición sobre estos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Goza de reconocimiento público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (De acuerdo al decreto 1674 de 2016)	¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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 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 o 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 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.

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 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: <input type="checkbox"/>
C.C.: _____	Hora: _____ Ciudad: _____
Cargo: _____	Nombre: _____ C.C.: _____
<b>OBSERVACIONES</b>	<b>OBSERVACIONES</b>