

Ciudad Fecha día / mes / año Afiliación Actualización

En calidad de empleado activo de solicito a ustedes mi afiliación al **FONDO DE EMPLEADOS DEL BANCO COLPATRIA - FEBANCOL**, para lo cual suministro la siguiente información, que certifico como verídica, autorizando a **FEBANCOL** para su verificación y actualización cuando se requiera de algún dato suministrado: (Favor diligenciar en letra imprenta sin enmendaduras).

INFORMACIÓN PERSONAL

1er. NOMBRE		2do. NOMBRE		1er. APELLIDO		2do. APELLIDO	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC <input type="radio"/>	CE <input type="radio"/>	PASP <input type="radio"/>	No. IDENTIFICACIÓN	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION		
				<input type="text"/>		<input type="text"/> día / <input type="text"/> mes / <input type="text"/> año	
FECHA DE NACIMIENTO				LUGAR DE NACIMIENTO	DEPARTAMENTO	NACIONALIDAD	
<input type="text"/> día / <input type="text"/> mes / <input type="text"/> año				<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO				BARRIO			
<input type="text"/>				<input type="text"/>			
MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		TEL. FIJO			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
TIPO DE VIVIENDA	PROPIA <input type="radio"/>	ARRIENDO <input type="radio"/>	FAMILIAR <input type="radio"/>	CELULAR			
				<input type="text"/>			
ESTADO CIVIL:	SOLTERO(A) <input type="radio"/>	CASADO(A) <input type="radio"/>	VIUDO(A) <input type="radio"/>	ESTRATO			
				<input type="text"/>			
				EMAIL			
				<input type="text"/>			
NIVEL DE ESTUDIOS	BACHILLER <input type="radio"/>	TÉCNICO <input type="radio"/>	TECNOLÓGICO <input type="radio"/>	¿ES MUJER U HOMBRE CABEZA DE HOGAR?		SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
				UNIVERSITARIO <input type="radio"/>			
				MAESTRIA <input type="radio"/>			
				PROFESIÓN <input type="text"/>			

DECLARACIÓN PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE (PEP)

Seleccione alguna de la opciones, si usted desempeña o ha desempeñado en los últimos veinticuatro (24) meses cargos o actividades en las cuales:

¿Maneje recursos públicos o tengan poder de disposición sobre éstos? SI NO

¿Tiene o goza de reconocimiento público? SI NO Si es SI (Indique)

¿Tiene grado de poder público o desempeña una función pública prominente o destacada en el estado relacionada con alguno de los cargos descritos en el decreto 1674 de 2016? SI NO

¿Tiene familiares hasta 2º grado de consanguinidad o afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente? SI NO Indique

INFORMACIÓN LABORAL

CARGO FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA día / mes / año

TIPO DE CONTRATO FIJO FECHA DE TERMINACIÓN día / mes / año INDEFINIDO

DIRECCION LABORAL PISO DEPARTAMENTO / PISO / OFC. CIUDAD

TELÉFONO (EXT) / EXT SALARIO INTEGRAL NOMINAL

CTA No. ENTIDAD BANCARIA AHORROS CORRIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL CODIGO CIU

INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES O SUELDOS DERIVADOS DE SU ACTIVIDAD PRINCIPAL ACTIVOS

OTROS INGRESOS DIFERENTES A LA ACTIVIDAD PRINCIPAL PASIVOS

FUENTE DE OTROS INGRESOS

MANEJA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO

TOTAL INGRESOS TOTAL EGRESOS CONCEPTO PATRIMONIO

¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI BANCO CIUDAD PAIS

NO MONEDA TIPO Y NO. CTA

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINACIÓN DE LOS 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 del Banco Colpatría "FEBANCOL", 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:

1. Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos que entregaré, 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 a Fondo de Empleados del Banco Colpatría "FEBANCOL" 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 se respaldan o soporten mis afirmaciones.
4. Autorizo a Fondo de Empleados del Banco Colpatría "FEBANCOL", 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 utilizare para realizar los pagos e inversiones en el Fondo de Empleados del Banco Colpatría "FEBANCOL" tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas.
6. No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionada 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 Fondo de Empleados del Banco Colpatría "FEBANCOL" para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

De ser aprobada mi solicitud, autorizo al pagador de la empresa donde laboro para descontar de mi sueldo mensual el porcentaje que ordenan los estatutos con destino a mis aportes sociales y ahorros permanentes, así como la cuota que se estipula en ellos.

¿Con relación a la póliza exequial autorizo descuento? SI NO

Deseo para mi ahorro mensual el: 3% 5% Otro

Desde este momento, acepto cumplir los mandatos y disposiciones de los estatutos y reglamentos dictados por la asamblea y la junta directiva respectivamente, así como las obligaciones económicas que llegare a contraer directa o indirectamente con el Fondo de Empleados del Banco Colpatría "FEBANCOL", para lo cual autorizo en primer término cargos a mis ahorros permanentes y suplementariamente a los aportes sociales y otros depósitos, quedando igualmente mis cesantías, intereses sobre cesantías, bonificaciones, indemnizaciones o cualquier otra prestación social garantizando dichas obligaciones, estando en servicio activo de la empresa que genera mi vínculo de asociación o en la que este laborando, por lo que autorizo al pagador de la misma para proceder con el descuento de mi liquidación final.

Tratamiento de Datos: Dando cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 y al decreto 1377 de 2013, se le informa al titular de los datos personales que FEBANCOL llevará a cabo los siguientes tipos de tratamiento de datos: recolección, almacenamiento, uso, circulación y su presión de información, con la finalidad de ofrecer, suministrar información de los productos y servicios, reportar, actualizar ante los operadores de información y riesgo, actualizar el resultado de las relaciones contractuales, dar cumplimiento a las obligaciones pactadas, prevenir el riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo entre otras. FEBANCOL actúa de conformidad con el artículo 15 de nuestra Constitución Política garantizando que nuestros asociados puedan conocer, actualizar y rectificar los datos personales que administre en la entidad. FEBANCOL obtiene la autorización del titular de los datos dando su consentimiento por escrito en este documento.

Finalmente autorizo al Fondo de Empleados del Banco Colpatría "FEBANCOL" para incluir mis datos en sus bases a fin de que me envíen información relacionada con proveedores, convenios y en general sobre actividades del fondo de empleados, así como la información solicitada por mi empleador.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

Firma	HUELLA ID
Nombres y Apellidos	
No. Identificación	

VERIFICACIÓN EN CONSULTAS POR PARTE DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

Fecha de Verificación	día	/	mes	/	año
Hora de Verificación					
Firma					
Nombres y Apellidos					

Observaciones:

INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA

Fecha de Entrevista	día / mes / año
Hora de Entrevista	
Lugar de Entrevista	
Resultado de la Entrevista	Aceptado <input type="radio"/> Rechazado <input type="radio"/>
Firma Quien Entrevisto	
Nombre Quien Entrevisto	
Cargo	

Vo. Bo. POR PARTE DE LA JUNTA DIRECTIVA O A QUIÉN ELLA DELEGA (CUANDO SE TRATE DE PEP)

Vo. Bo.	día / mes / año
No. Acta	
Revisó:	
Firma	

DOCUMENTACIÓN ANEXOS



Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía



Certificación y/o Desprendible Laboral



Soporte Consulta a Listas Restrictivas