

VINCULACIÓN DE ASOCIADOS
ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Regional			Fecha de diligenciamiento		
DD	MM	AA	DD	MM	AA
Fecha vinculación empresa			Fecha retiro F.B.C.		
DD	MM	AA	DD	MM	AA

Ingreso Reingreso

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres		Primer apellido			Segundo apellido				
Tipo de documento <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E.		Número de documento		Fecha de nacimiento DD MM AA		Lugar de nacimiento (Ciudad y departamento)		Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>			Nivel educativo Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>			Profesión			

INFORMACIÓN RESIDENCIAL

Tipo de Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>		Dirección de domicilio			Barrio		Municipio/Ciudad		Departamento	
Estrato		Correo electrónico			Zona de ubicación <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana		Número de celular		Teléfono fijo	
Datos de la cuenta de nómina para transferencias				Entidad Bancaria		N° Cuenta		Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente		

INFORMACIÓN CÓNYUGE

Tipo de documento <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E.		Número de documento			Nombre completo	
---	--	---------------------	--	--	-----------------	--

DATOS LABORALES

Diligenciar si es EMPLEADO <input type="checkbox"/> SENA <input type="checkbox"/> F.B.C.		<input type="checkbox"/> Carrera administrativa		<input type="checkbox"/> Trabajador oficial		<input type="checkbox"/> Nombramiento provisional		<input type="checkbox"/> Libre nombramiento y remoción		<input type="checkbox"/> Indefinido	
Cargo actual						Dependencia					
Dirección				Departamento		Ciudad o municipio			Teléfono		
Diligenciar si es PENSIONADO <input type="checkbox"/> SENA <input type="checkbox"/> F.B.C.		<input type="checkbox"/> Pensión Jubilación		<input type="checkbox"/> Pensión compartida		<input type="checkbox"/> Pensión Colpensiones		<input type="checkbox"/> Otra (Cual)			
Diligenciar si es REESTRUCTURADO SENA		Actividad Económica (CIU) <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otro (cuál)		Dirección empresa o negocio		Departamento		Ciudad o municipio		Teléfono (empresa o negocio)	

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos (Salario, pensión o actividad económica)		\$		Egresos mensuales		\$	
Otros ingresos		\$		Total Activos		\$	
Total ingresos		\$		Total Pasivos		\$	
Detalle de otros ingresos:							

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Posee cuentas en el exterior <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Entidad		Tipo de moneda		Número de cuenta		Ciudad		País	
Realiza operaciones en moneda extranjera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Importaciones		<input type="checkbox"/> Exportaciones		<input type="checkbox"/> Inversiones		<input type="checkbox"/> Otras (cuales)			

REFERENCIAS

REFERENCIAS FAMILIARES

Nombre y Apellido		Teléfono		Celular		Parentesco	
Nombre y Apellido		Teléfono		Celular		Parentesco	

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre y Apellido		Teléfono		Celular		Parentesco	
Nombre y Apellido		Teléfono		Celular		Parentesco	

REFERIDO POR

Nombres				Apellidos			
---------	--	--	--	-----------	--	--	--

ESPACIO EXCLUSIVO PARA SER DILIGENCIADO POR EL COLABORADOR DEL FBC

IDENTIFICACIÓN DE PEP (Personas Expuestas Públicamente)

Goza de reconocimiento público <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Maneja recursos públicos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Tiene vínculos con un PEP <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
En caso de responder afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, se debe especificar de acuerdo a lo establecido en el procedimiento de vinculación						
Nombre del PEP		N° documento del PEP	Parentesco	Cargo o actividad del PEP	Fecha de nombramiento en el cargo DD MM AA	

Detallar la actividad u ocupación por la cual el asociado es un PEP

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y EN GENERAL DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS OFRECIDOS POR EL F.B.C.

Yo _____, identificado(a) con el documento de identidad N° _____ con fecha de expedición _____, expedido en _____ obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de mis fondos al F.B.C, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Básica Jurídica 007 de 2003 expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), Ley 190 de 1995 Estatuto Anticorrupción y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de cuentas corrientes, cuentas de ahorros y certificados de depósito a término.

1. Los recursos que entregué en depósito, provienen de las siguientes fuentes (detalle la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc.): _____
2. Actualmente poseo bienes (activos) por valor de \$ _____ y su origen proviene de _____
3. Declaro que los recursos que entregué no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
4. No admitiré que terceros realicen operaciones en mis cuentas con fondos provenientes de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni realizaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
5. Autorizo cancelar las cuentas y depósitos que mantenga en esta entidad, en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, o de la violación del mismo.

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Al solicitar mi ingreso como asociado(a) al F.B.C, acepto el estatuto, reglamentos y demás normas que lo rigen.

Autorizaciones:

1. Autorizo al F.B.C para que con fines de información financiera, reporte, consulte, registre y circule información a las entidades de consulta de base de datos o a cualquier entidad vigilada por las Superintendencias sobre saldos a mi cargo, operaciones de crédito, estado de las obligaciones y manejo del crédito, que bajo cualquier modalidad me hubiera otorgado o me otorgue a futuro.
2. Declaro que los recursos entregados al F.B.C no provienen de ninguna actividad ilícita y autorizo al F.B.C para que me consulte en los listados vinculados con el lavado de activos y financiación del terrorismo LA/FT.
3. Declaro en forma libre, previa, expresa e informada que conozco las políticas para el tratamiento de datos personales vigentes en el F.B.C y los derechos que tengo como titular de la información, así mismo, autorizo al F.B.C para realizar el tratamiento de mis datos personales, actividad que incluye la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, en los términos de la Ley 1581 de 2012 y acepto expresamente que mis datos personales sean utilizados para que el F.B.C pueda cumplir con sus derechos y obligaciones como Fondo de Empleados, y para que cumpla con el objeto estipulado en su estatuto, directamente o con el apoyo de terceros, con quienes se podrá compartir la información suministrada.
4. Me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar o eliminar la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio al F.B.C no utilizar o revocar mi información personal.
5. El F.B.C me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas.
6. Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.
7. Autorizo al F.B.C a enviarme información de los diferentes productos y servicios ofrecidos en su portafolio, a través de mensajes de texto, correos electrónicos, llamadas, chats corporativos, entre otros. SI NO

FIRMA

En constancia de haber leído, entendido y aceptado el presente formato, firmo a continuación:

HUELLA

Firma del Solicitante

ENTREVISTA

Observaciones del entrevistador

Firma del entrevistador

VERIFICACIÓN DE DATOS DE INGRESO AL F.B.C.

Comentarios

Fecha de verificación

DD

MM

AA

Información validada satisfactoriamente SI NO

Asistente de operaciones

VB Oficial de cumplimiento

EXCLUSIVO JUNTA DIRECTIVA FBC

Acta N° _____ APROBADO NO APROBADO

Fecha aprobación

DD

MM

AA

Motivo de aprobación o no aprobación

Firma del Presidente JD

Firma del Secretario JD

Firma del Gerente F.B.C