

VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE ASOCIADOS

VINCULACIÓN ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Fecha de Diligenciamiento:														
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE														
Nombres y Apellidos						Código SHARP			Nacionalidad			Sexo		
												M	F	
Tipo de Documento				Número			Lugar de Expedición			Fecha de Expedición				
C.C.	C.E.	T.I.	R.C.	PAS										
Estado Civil (Seleccione)				Nivel educativo					Tipo de Vivienda			Zona Ubicación		
Soltero	Casado	Divorciado	U. Libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universidad	Propia	Arrendada	Familiar	Rural	Urbano
Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento:			Barrio			Estrato	Municipio / Ciudad		Departamento			
DD	MM	AAAA												
Dirección Domicilio:										N° Celular		Teléfono		
Correo Electrónico:														
Ocupación (Seleccione)						Profesión								
Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/>						CIIU								
Detalle Actividad Económica														
2. DATOS LABORALES														
Nombre de la Empresa						Tipo de Empresa			Cargo					
						Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>								
Área o Dependencia														
Tipo de Contrato				Fecha Terminación contrato			Salario			Fecha de Ingreso a la Empresa				
				DD MM AAAA						DD MM AAAA				
¿Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?								SI		NO				
¿Existe algún vínculo entre usted y personas públicamente expuestas?								SI		NO				
¿Realiza operaciones y /o posee cuentas en moneda extranjera?								SI		NO				
3. INFORMACIÓN FINANCIERA														
Total Ingresos Mensuales						Total Egresos Mensuales								
Otros Ingresos Mensuales						Otros Egresos Mensuales								
Total Activos						Total Pasivos								
Mes y año de corte de la información financiera suministrada						Mes	Año	¿Es declarante?			SI	NO		
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de :														
Posee propiedad raíz		S	N	Valor comercial \$			Hipoteca		S	N	A favor de			
Posee Vehículo		S	N	Valor comercial \$			Marca	Placa	Modelo	Color				
Prenda		S	N	A favor de			Patrimonios \$							
4. DATOS GRUPO FAMILIAR BÁSICO														
Cónyuge														
Cédula				Celular				Correo Electrónico						
Favor diligenciar todos los espacios de manera completa, al igual que el porcentaje que le otorga a los beneficiarios para la entrega de los aportes en caso de fallecimiento.														
BENEFICIARIOS Y/O PERSONAS A CARGO														
Nombres		Apellidos			Fecha de Nacimiento	Identificación		Parentesco		Ocupación		% Autorizado	B ó P	
En caso de fallecimiento del asociado, el Fondo de Empleados Fecervunion, hará entrega a sus beneficiarios dentro de los términos establecidos en los estatutos y de acuerdo con la normatividad legal vigente (Decreto 564 de 1996 y decreto 2349 de 1965). Será obligación del asociado mantener actualizada la información de sus beneficiarios.														

5. REFERENCIAS

Per.	Nombre y Apellido	Cel.	
Fam.	Nombre y Apellido	Cel.	Parentesco

6. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:

_____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a **FECERVUNION** o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2). Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante de cualquier operador, centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con **FECERVUNION**, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de **Habeas Data** y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones. 3) Debitar de mi(s) cuenta(s) abiertas en ésta, todos los valores originados en las operaciones y servicios que **FECERVUNION** me suministre.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por **FECERVUNION**. 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a **FECERVUNION** no utilizar o revocar mi información personal. 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de **Habeas Data** y Protección de datos personales. 4) **FECERVUNION** me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

7. AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NOMINA

Yo _____ Identificado (a) como aparece al pie de mi firma, tal como lo he declarado en este documento, autorizo, al pagador de la entidad empleadora, para que descuente periódicamente de los derechos económico que resulten a mi favor y transfiera a **FECERVUNION** las sumas correspondientes a los aportes ordinarios y extraordinarios, créditos, servicios, conforme a las disposiciones legales reglamentarias.

Aporte Obligatorio \$ _____	Aporte Voluntario \$ _____	Ahorro Navideño \$ _____	Otros \$ _____
			No. _____

Igualmente con mi firma autorizo al Fondo de Empleados Fecervunion para consultar y reportar a las centrales de riesgo en forma directa o indirecta , mi comportamiento crediticio pasado, presente y futuro.

FIRMA

C.C.

HUELLA

Fotocopia de: • La cédula de ciudadanía • Volante o desprendible de pago

8. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA O VISITA AL CLIENTE

Lugar	Fecha		
	AAA	MM	DD
Resultado	ACEPTADA		RECHAZADA
Consulta inicial en listas restrictivas por vinculación al FEC	S	N	

Observaciones del oficial de cumplimiento

Firma: _____