

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL ASOCIADO - PERSONA NATURAL** PROCESO DE AFILIACIÓN  ACTUALIZACIÓN DE DATOS

ESTE FORMULARIO HABILITA LA APERTURA DE TODOS LOS PRODUCTOS QUE ATIENDE FESANCHO

**DATOS PERSONALES**

<b>Fecha de diligenciado:</b>		DD:	MM:	AAA:			
Nombres:		Primer Apellido:		Segundo Apellido:			
Tipo de documento C.C <input type="checkbox"/> P.P <input type="checkbox"/> N.I <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/>	Número:	Lugar y fecha de expedición:	DD:	MM:	AAAA:	Edad:	Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento:		Ciudad:	Departamento:	Nacionalidad:	Estado Civil:	Solter@ <input type="checkbox"/> Casad@ <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/> Separad@ <input type="checkbox"/>
DD:	MM:	AAA:	Teléfono residencia:		Teléfono Celular:		Correo electrónico personal:
Dirección de residencia:				Ciudad:	Departamento:		
Nivel de escolaridad: Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Institución:	Título obtenido:				

**INFORMACIÓN LABORAL Y BANCARIA**

Fecha de ingreso:		Ciudad:	Departamento:	Teléfono:	Tipo de Contrato:	Dirección:		
DD:	MM:	AAA:	Correo electrónico laboral:		Empleado <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/>	Empresa:	Cargo:
Tipo de cuenta Bancaria:		Banco donde tiene la cta:		Número de cuenta:				
<input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente		Si posee cuentas en moneda extranjera especifique:		Banco:	Ciudad:	País:	Moneda:	No. Cta

**Marque con una X según corresponda**

¿Ejerce algún grado de poder público?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Maneja recursos públicos?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Es familiar de alguna persona públicamente expuesta?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Tiene reconocimiento público?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Es usted el beneficiario final de las transacciones y operaciones que realiza en el Fondo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Actúa en nombre propio?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

Total ingresos mensuales:	Total egresos mensuales:	
Activos:	Pasivos:	Otros ingresos ¿Cuales?

**ORIGEN DE FONDOS**

Los recursos que entregué en depósito provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc.): \_\_\_\_\_

**APORTE MENSUAL**Aporte mensual en %  3%  4%  5%  6%  7%  8%  9%  10%**PATRIMONIO**

VIVIENDA	PROPIA <input type="checkbox"/>	FAMILIAR <input type="checkbox"/>	ARRIENDO <input type="checkbox"/>	VEHÍCULO	MARCA:	MODELO:	PLACA:	VALOR COMERCIAL:
----------	---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	----------	--------	---------	--------	------------------

**DESCRIPCIÓN DEL GRUPO FAMILIAR: Mencione a las personas que conviven con usted**

Parentesco				Nombre y Apellidos	Fecha nacimiento			Tipo y numero de identificación		
Cónyuge	Padres	Hijos	Otro		AAA	MM	DD	C.C	T.I	Número
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**REFERENCIAS PERSONALES O FAMILIARES**

Nombre y Apellido	Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DE DERECHOS ECONÓMICOS**

Libre y espontáneamente manifiesto que en caso de retiro de FESANCHO por causa de muerte real o presunta, mis aportes, ahorros, auxilios y demás beneficios o derechos económicos que resulten a mi favor sean entregados a las personas y en las proporciones que se indican enseguida.

**BENEFICIARIOS PRINCIPALES DE DERECHOS ECONÓMICOS**

Parentesco				Nombre y Apellidos	% DE PARTICIPACIÓN	Tipo y numero de identificación			Fecha de nacimiento		
Cónyuge	Padres	Hijos	Otro			C.C	T.I	Número	AAA	MM	DD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**CLÁUSULAS DE AUTORIZACIÓN**

**Habeas Data Ley 1266 de 2008 - Protección de datos personales**

De acuerdo con la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, en mi calidad de titular de la información, doy mi consentimiento para que mis datos, facilitados voluntariamente, pasen a formar parte de una base de datos, cuyo responsable es el FONDO DE EMPLEADOS GRUPO SANCHO - FESANCHO con las siguientes finalidades: 1. Lograr una eficiente comunicación relacionada con los servicios, alianzas, estudios, para facilitar el acceso general a la información de éstos; 2. Informar sobre nuevos servicios, cambios que se presenten y dar cumplimiento a obligaciones contraídas con clientes y proveedores; 3. Evaluar la calidad del servicio y realizar estudios internos. 4. Todo aquello que se relacione con el propósito de prestar servicios para satisfacer necesidades profesionales, personales y de carácter familiar, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto. La base de datos donde se recoge la información cuenta con las medidas de seguridad necesarias. Con mi firma autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informado/a, a FESANCHO a recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de mis datos personales. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de FESANCHO, a quien esta contrate para el ejercicio de los mismos o a quien ésta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual. Así mismo, a los terceros con los que FESANCHO establezca alianzas comerciales o de beneficios de interés para los asociados. Esta autorización permanecerá vigente mientras me encuentre asociado a FESANCHO, excepto que tenga una (s) obligación(es) pendiente de pago posterior a mi retiro, caso en el cual la autorización estará vigente hasta pago total de la (s) misma(s) o hasta que sea revocada esta autorización de acuerdo a lo establecido en la ley. Para ejercer los derechos de actualización, rectificación y cancelación sobre mis datos personales, tengo conocimiento que debo enviar la solicitud al correo [aperalltag@fesancho.com.co](mailto:aperalltag@fesancho.com.co) o entregarla en la oficina 507 ubicada en Bogotá en la Calle 98 No. 9-03.

**Autorización de consulta y reporte a centrales de riesgo:**

En mi (nuestra) calidad de titular(es) de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo(amos) de manera expresa e irrevocable a FESANCHO, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi(nuestro) comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios, a cualquiera de las centrales de riesgo existentes al momento del reporte o consulta. Esta autorización cubre todas las obligaciones pasadas, presentes y futuras en que intervengan(amos) como deudor(es) en FESANCHO o a quien represente sus derechos. Así mismo autorizo(amos) a la central de riesgo a que en su calidad de operador, pongan mi(nuestra) información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley siempre y cuando su objetivo sea similar al aquí establecido.

**DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO 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 GRUPO SANCHO - FESANCHO, 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 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 FESANCHO, 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 a FESANCHO, 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 FESANCHO 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(a) 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 FESANCHO para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

**DOCUMENTOS REQUERIDOS**

\* Fotocopia legible del documento de identificación (Cédula de ciudadanía, cédula de extranjería, pasaporte, entre otros)

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO**

De ser aceptada la presente solicitud de ingreso del suscrito autorizo a mi empleador para que descuente periódicamente, de los derechos económicos que resulten a mi favor y transfiera al FONDO DE EMPLEADOS GRUPO SANCHO - FESANCHO, las sumas de dinero que adeude a este por conceptos de aportes sociales, ahorros, contribuciones ordinarias u extraordinarias y demás obligaciones a que haya lugar en razón al vínculo de asociación así surgido. Esta autorización tendrá efectos hasta la terminación del vínculo asociativo.

En el evento de no efectuarse el descuento aquí autorizado, me obligó a realizar oportunamente los pagos de las obligaciones a mi cargo mediante consignación o transferencia en la forma que se me indique. Para los efectos anteriores declaro que conozco las disposiciones estatutarias y reglamentarias del fondo, las cuales me comprometo a cumplir estrictamente, junto con los mandatos de sus órganos de administración y vigilancia.

NOTA: Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado al FONDO DE EMPLEADOS GRUPO SANCHO - FESANCHO, es exacta en todas sus partes, firmo el presente documento a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año, \_\_\_\_\_ en la ciudad de \_\_\_\_\_.

Nombre solicitante: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

C.C: \_\_\_\_\_



**INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA**

**VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Lugar de la entrevista:				Fecha de la verificación de la información: DD: MM: AAA:			
Fecha entrevista	DD:	MM:	AAA:	HORA: _____	HORA: _____	Observaciones:	
Resultados:		Observaciones:		Se presentaron inconsistencias en la información verificada: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Aceptado <input type="checkbox"/>		Rechazado <input type="checkbox"/>					
Nombre del analista responsable:				Nombre de quien verifica la información:			
Firma del analista responsable:				Firma de quien verifica la información:			
C.C:				C.C:			

**VALIDACIÓN DE LISTAS ONU Y OFAC**

Fecha de la validación: DD: MM: AAA: Nombre del responsable: