



Favor diligenciar en su totalidad este formato, con tinta negra, sin enmendaduras ni tachones

Tipo Relación : Asociado Proveedor Empleado Pagaduría Codeudor

Fecha

Ciudad

Regional

Ingreso <input type="checkbox"/>	Reingreso <input type="checkbox"/>	Actualización <input type="checkbox"/>	DD/MM/AAAA		
----------------------------------	------------------------------------	--	------------	--	--

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL ASOCIADO

Tipo I.D	C.C <input type="checkbox"/>	C.E <input type="checkbox"/>	N°	DD/MM/AAAA		Genero
			Fecha de expedición		Lugar de expedición	
			Fecha de Nacimiento		Nacionalidad	

Nombres y Apellidos:	DD/MM/AAAA		
----------------------	------------	--	--

E.P.S:	R.H:	Estado Civil:	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	U. Libre <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>
--------	------	---------------	----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

Dirección Residencia	Barrio	Dep/ Ciudad	Teléfono	Celular
----------------------	--------	-------------	----------	---------

Dirección Laboral	Entidad/ Pagaduría	Dep/ Ciudad	Teléfono	Ext.
-------------------	--------------------	-------------	----------	------

Correo Personal	Correo Institucional	Estrato
-----------------	----------------------	---------

		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
--	--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Nivel Educativo	Bachiller <input type="checkbox"/>	Técnico <input type="checkbox"/>	Tecnólogo <input type="checkbox"/>	Universitario <input type="checkbox"/>	Otro ¿Cuál? _____
-----------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	--	-------------------

	Cabeza de familia	Personas a cargo
--	-------------------	------------------

Ocupación, Oficio o Profesión:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Menores de edad <input type="checkbox"/>	Mayores de edad <input type="checkbox"/>
--------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--	--

Tipo Contrato	PLANTA <input type="checkbox"/>	TEMPORAL <input type="checkbox"/>	PROVISIONAL <input type="checkbox"/>	CONTRATISTA <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>
---------------	---------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------

Autorizo al FES a enviarme información de los diferentes productos y servicios ofrecidos en su portafolio, a través de sus medios de comunicación. SI NO

2. INFORMACIÓN CONYUGUE

N° Identificación	C.C <input type="checkbox"/>	C.E <input type="checkbox"/>	N°	Nombres y Apellidos:
-------------------	------------------------------	------------------------------	----	----------------------

3. PERSONA JURIDICA

Razon social:	NIT:	Certificado de existencia y representación:
---------------	------	---

Pais de constitución	Departamento	Ciudad	Teléfono	Celular
----------------------	--------------	--------	----------	---------

N° de Matricula Camara de Comercio:	Dirección:
-------------------------------------	------------

Nombre Representante legal:	Identificación	C.C <input type="checkbox"/>	C.E <input type="checkbox"/>	N°
-----------------------------	----------------	------------------------------	------------------------------	----

Dirección Residencia	Departamento	Ciudad	Teléfono	Celular
----------------------	--------------	--------	----------	---------

Tipo de empresa	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	MIXTA <input type="checkbox"/>	Constit. Persona jurídica:
-----------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	----------------------------

Actividad economica:

Nombre o razón social y N° de identificación de los accionistas que tengan una participación directa o indirecta superior al (5%) del capital social, aporte o participación. (Incluir el porcentaje de participación de cada accionista)

1	C.C <input type="checkbox"/>	C.E <input type="checkbox"/>	N°	%
---	------------------------------	------------------------------	----	---

2	C.C <input type="checkbox"/>	C.E <input type="checkbox"/>	N°	%
---	------------------------------	------------------------------	----	---

3	C.C <input type="checkbox"/>	C.E <input type="checkbox"/>	N°	%
---	------------------------------	------------------------------	----	---

4	C.C <input type="checkbox"/>	C.E <input type="checkbox"/>	N°	%
---	------------------------------	------------------------------	----	---

5	C.C <input type="checkbox"/>	C.E <input type="checkbox"/>	N°	%
---	------------------------------	------------------------------	----	---

4. INFORMACIÓN FINANCIERA

Salario Básico	\$	Egresos Mensuales	\$
----------------	----	-------------------	----

Otros Ingresos	\$	Total Activos	\$
----------------	----	---------------	----

Total Ingresos	\$	Total Pasivos	\$
----------------	----	---------------	----

Detalle otros ingresos:

DESCRIPCIÓN ACTIVOS

TIPO DE BIEN	DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO	VALOR COMERCIAL	HIPOTECADO
--------------	-----------	---------------------	-----------------	------------

BIENES RAICES			\$	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---------------	--	--	----	-----------------------------	-----------------------------

OTROS ACTIVOS:

Autorizo de manera expresa e irrevocable al FONDO DE EMPLEADOS DEL SENAY SERVIDORES PÚBLICOS - FES, para registrar en su sistema de información las cuentas relacionadas a continuación cuyo primer beneficiario aparece a mi nombre, con el fin de trasladar a ellas los recursos provenientes de las transacciones que realice con el FES (Desembolso de crédito, devoluciones, entre otras.)

BANCO	TIPO CUENTA	NUMERO CUENTA
-------	-------------	---------------

¿REALIZA OPERACIONES CON MONEDA EXTRANJERA?	Importación <input type="checkbox"/>	Exportación <input type="checkbox"/>	Inversión <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____
---	--------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	--------------

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿POSEE CUENTAS EN EL EXTERIOR?
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

MONEDA	PAIS	ENTIDAD	N° CUENTA	AHORROS <input type="checkbox"/>	CORRIENTE <input type="checkbox"/>
--------	------	---------	-----------	----------------------------------	------------------------------------

¿Esta obligado a declarar en otro pais?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

Usted Desempeña en la actualidad o ha Desempeñado en los últimos veinticuatro (24) meses cargos o actividades en los cuales:				
¿Tiene o goza de reconocimiento público?	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>
¿Maneja recursos públicos o tiene poder de disposición sobre ellos?	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>
¿Tiene grado de poder público o desempeña función pública prominente o destacada en el estado?	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>
¿Tiene familiares hasta en tercer grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos?	SI	<input type="radio"/>	NO	<input type="radio"/>
¿En caso de que la pregunta anterior sea afirmativa por favor especifique:				
Nombres y Apellidos:	Id.:	Parentesco:	Cargo:	

5. REFERENCIAS PERSONALES Y FAMILIARES				
Nombres y Apellidos:	Parentesco:	Teléfono	Celular	

6. AHORROS Y SERVICIOS				
PORCENTAJE DE AHORRO	AHORROS VOLUNTARIOS			
(Mínimo 3% máximo 10%) %	A LA VISTA	NAVIDEÑO	VACACIONAL	ESCOLAR
\$	\$	\$	\$	\$

7. BENEFICIARIOS					
APELLIDOS Y NOMBRES	N° DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	GENERO	%
		DD/MM/AAAA			%
		DD/MM/AAAA			%
		DD/MM/AAAA			%
		DD/MM/AAAA			%

8. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS Y EN GENERAL DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS OFRECIDOS POR FES

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 que aquí he consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de mis fondos al FES, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a las disposiciones señaladas en su sistema de administración del riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo, bajo la gravedad de juramento, sujeto a las sanciones establecidas en el Código Penal, la circular jurídica 007 de 2003 expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria, el Estatuto Orgánico del sistema financiero ley 190 de 1995 Estatuto Anticorrupción y demás normas legales concordantes. **1-** Que mis recursos provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique. **2-** Que yo NO he efectuado transacciones u operaciones consistentes, destinadas a la ejecución de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique. **3-** Que los recursos comprometidos a la ejecución del contrato o para el desarrollo de las actividades del negocio jurídico acordado con el FES no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique. **4-** Los recursos que manejo o mis recursos propios provienen de las siguientes fuentes (Detalle de la ocupación, oficio, Profesión, actividad, negocio, etc.) _____ **5-** Que no me encuentro en las listas internacionales vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional (lista de las Naciones Unidas) o en las listas OFAC, estando el FES facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que me encuentro figurando en dichas listas. **6-** Que no existe sobre mí, directa o indirectamente delitos dolosos, estando el FES facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes en base de datos o informaciones públicas nacionales y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que yo tuviere investigaciones o procesos, o existen informaciones en dichas bases de datos públicas que puedan colocar al FES frente a un riesgo legal o de reputación. **7-** Que en el evento en que tenga conocimiento de alguna de las circunstancias descritas en los puntos anteriores, me comprometo a comunicarlo inmediatamente al FES. **8-** Que si por parte del FES existe dudas razonables de que el asociado está incumpliendo la normatividad del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de activos y de la financiación del terrorismo - SARLAFT, evento en el cual suministraré las aclaraciones que sean del caso. Si a juicio del FES dichas aclaraciones no son satisfactorias, lo autorizo para dar inmediata terminación a cualquier relación jurídica contractual. **9-** Que, con la firma del presente documento, se entiende, otorgo mi consentimiento y por lo tanto autorizo al FES a comunicar a las autoridades nacionales, sobre alguna de las situaciones en este documento descritas, así como suministrar a las autoridades competentes toda la información personal, pública privada o semiprivada que sobre mí requieran. Así mismo para que el FES efectúe los reportes a las autoridades competentes que considere procedentes de conformidad con los reglamentos del SARLAFT, exonerando así toda responsabilidad por tal hecho. **10-** Que toda documentación e información aportada para la celebración y ejecución del contrato o negocio jurídico con el Fes es veraz y exacta, estando el FES facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminado el contrato o negocio jurídico, si verifica obtiene conocimiento de que ello no es así. **11-** Que ninguna persona natural o jurídica, tiene interés no legítimo en el contrato o negocio jurídico que motiva la suscripción de la presente declaración. **12-** Declaro que la totalidad de pagos que realizo al FES se efectúa con recursos propios lícitos, y no a través de terceros ni con recursos ilícitos contemplados en el Código Penal Colombiano de terceros.

9. AUTORIZACIONES, DECLARACIONES Y ACEPTACIONES REQUERIDAS

Solicito ser aceptado como asociado del FONDO DE EMPLEADOS DEL SENA Y SERVIDORES PÚBLICOS - FES. - Declaro que me someto voluntariamente a su estatuto, reglamentos como también a cancelar las obligaciones que adquiera. Por lo cual autorizo de manera expresa al pagador a efectuar los descuentos de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 16,55 y 56 del Decreto 1481 del 07 de julio de 1989. Así mismo, garantizo que la información contenida en esta solicitud es verídica y puede ser verificada. Autorización de descuento: De conformidad con el artículo 150 del Código Sustantivo de Trabajo autorizo expresa e irrevocablemente al pagador de la empresa donde me encuentre trabajando o prestando mis servicios o a la entidad que realice el pago de mi pensión, honorarios, licencia o subsidio, por incapacidad para que se descuenta de cualquier cantidad que deba pagarme a favor del FONDO DE EMPLEADOS DEL SENA Y SERVIDORES PÚBLICOS - FES identificado con NIT 860.014.540-7. En cumplimiento de la ley Estatutaria 1581 de 2012 de protección de datos (LEPD), del decreto 1377 de 2013 y demás normas que lo modifiquen, adicione y/o complementen, el presente aviso de privacidad tiene como objeto obtener la autorización expresa e informada del titular para el tratamiento y la transferencia de sus datos a terceras entidades, por lo tanto: *Yo _____, identificado(a) con el documento de identidad N° _____ con fecha de expedición _____ expedido en _____ en mi calidad de titular de mis datos personales y de los datos personales de mi grupo familiar, incluidos los datos de menores de edad, dada mi calidad de representante legal de ellos, autorizo para que los datos facilitados voluntariamente mediante este y cualquier otro formulario, pasen a formar parte de una base de datos, cuyo responsable es el FONDO DE EMPLEADOS DEL SENA Y SERVIDORES PÚBLICOS - FES, cuya finalidad es realizar actividades otorgadas por la ley para cumplir su objeto social y ofrecer productos, servicios y/o beneficios que buscan satisfacer las necesidades de los asociados y sus familias. Así mismo autorizo al FES para capturar mi huella dactiloscópica a través de un medio físico y/o de manera electrónica, así como la fotografía de mi rostro, únicamente para los fines exclusivos de la entidad. *Acepto y me comprometo a efectuar el pago de aportes sociales individuales periódicos, ahorrar en forma permanente y pagar las cuotas que por Asamblea general sean aprobadas, así como las demás obligaciones que adquiera con el FES. *Autorizo al FES a consultar mis antecedentes disciplinarios solo para fines pertinentes del desarrollo de actividades otorgadas por la ley para cumplir su objeto social, aclarando que dichos datos gozan del principio de confidencialidad y son tratados según la ley. *En caso de requerir solicitud de crédito y que sea expresamente necesario, autorizo a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido, a suministrar a la aseguradora con la que el Fondo de Empleados del Sena y Servidores Públicos FES tenga contratado el seguro vida deudores la copia de mi historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

10. FIRMA

En constancia de haber leído, entendido y aceptado el presente formato, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes, por tanto, firmo a continuación:

Firma Solicitante

Nombre:
C.C. N°

Funcionario responsable: _____

