

FORMATO DE VINCULACIÓN ACTUALIZACIÓN

Señores
JUNTA DIRECTIVA FECOR
 Calle 53 No 21-84 oficina-502
 Ciudad

Solicito setenga en cuenta mi petición de ingreso al Fondo de Empleados "FECOR" de acuerdo con las normas reglamentos y estatutos vigentes:

Información Personal													
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE No. _____				LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN				DIA	MES	AÑO	NACIONALIDAD		
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO			DIA	MES	AÑO	SEXO M F	ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>			PROFESIÓN—NIVEL DE ESTUDIOS			
CARGO Y DEPENDENCIA		JEFE INMEDIATO		SEDE CLAUSTRO <input type="checkbox"/> QUINTA MUTIS <input type="checkbox"/> COMPLEMENTARIA <input type="checkbox"/>		FECHA DE INGRESO		DIA	MES	AÑO	TELÉFONO OFICINA		
SUELDO BASICO		ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL			TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS		PATRIMONIO				
INGRESOS MENSUALES			EGRESOS MENSUALES			OTROS INGRESOS			CONCEPTO OTROS INGRESOS				
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA					ESTRATO		BARRIO			TELÉFONO RESIDENCIA			
CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL				CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL							
Declaración de persona expuesta públicamente (PEP)													
<p>1) ¿Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos veinticuatro (24) meses cargos o actividades en los cuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maneja recursos públicos o tengan poder de disposición sobre estos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO • Tiene o goza de reconocimiento público? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO • 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? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <p>2) ¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos Previamente ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>													
Operaciones en moneda extranjera													
REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		CUÁLES:											
POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		BANCO		TIPO Y NO. CUENTA		MONEDA		CIUDAD		PAÍS			
Información Familiar													
		NOMBRE COMPLETO				EDAD	OCUPACIÓN O PROFESIÓN			NUMERO DE IDENTIFICACIÓN			
CÓNYUGE / COMPAÑERO (A)													
PADRE													
MADRE													
HIJOS													
OTRAS PERSONAS A CARGO													
Información Cónyuge / Compañero (a)													
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE No. _____				TELÉFONO DE CONTACTO				CORREO ELECTRÓNICO					

Referencia Familiar			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE No. _____		TELÉFONO DE CONTACTO	AFINIDAD
Referencia Personal			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE No. _____		TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO

Me comprometo a invertir mensualmente las sumas de \$ _____ ó el equivalente al _____% de mi sueldo y autorizo al Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, para descontar dicha cuota de mi sueldo con destino a "FECOR". Adicionalmente a realizar el Curso sobre Economía Solidaria.

Declaro aceptado en todos sus apartes los Estatutos y Reglamentos de "FECOR". Asimismo declaro que en caso de muerte mi participación debe ser entregada a la(s) siguiente(s) persona(s) debido a que no tengo herederos forzosos:

Apellidos y Nombre	Edad	Porcentaje	Identificación

Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos a FECOR. 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 FECOR, de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa ó errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soporten mis afirmaciones. 4) Autorizo a FECOR, 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 FECOR 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 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 FECOR para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

Autorizo contacto de FECOR dentro del horario de lunes a viernes y de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., y sábados de 8:00 a. m. a 3:00 p. m., excluyendo domingos y días festivos.

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 a los _____ días del mes _____ del año _____ en la ciudad de _____

Firma _____
C.C. No. _____



Huella Índice Derecho

Información entrevista												
ENTREVISTADO POR:				LUGAR Y FECHA DE ENTREVISTA		DIA	MES	AÑO	HORA			
FIRMA _____				OBSERVACIONES: _____								
Verificación de la información												
VERIFICADO POR:			CARGO			FECHA DE VERIFICACION	DIA	MES	AÑO	HORA		
FIRMA _____				OBSERVACIONES: _____								
Aprobación de la vinculación												
APROBADO POR:			ACTA No.		FECHA DE APROBACIÓN	DIA	MES	AÑO	MES DE VINCULACION	DIA	MES	AÑO
FIRMA _____			RESULTADO ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>		OBSERVACIONES: _____							
Documentos anexos												
* Fotocopia del documento de identificación. <input type="checkbox"/>		* Ultimo desprendible de nomina. <input type="checkbox"/>		* Certificación laboral <input type="checkbox"/>		* Formato seguro nuevo asociado. <input type="checkbox"/>		* Formato manejo de datos <input type="checkbox"/>				