

**DATOS DEL AFILIADO**

TIPO DE DOCUMENTO CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>		NO.	LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN DD MM AAAA	
FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA	CIUDAD / MUNICIPIO DE NACIMIENTO	DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> OTRO	ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>		
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN DOMICILIO		BARRIO	TELÉFONO RESIDENCIA	CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL			TELÉFONO CELULAR		NACIONALIDAD	
ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL ASALARIADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>		PENSIONADO <input type="checkbox"/> SUSTITUTO <input type="checkbox"/>		ACTIVIDAD ECONÓMICA ADICIONAL*		CÓDIGO CIU ACTIVIDAD PRINCIPAL <input type="checkbox"/> 0020 - PENSIONADO <input type="checkbox"/> 0010 - ASALARIADO <input type="checkbox"/> 0090 - RENTISTA DE CAPITAL
¿POR CUÁL MEDIO SE ENTERÓ DE FEBANCOLOMBIA? FUI CONTACTADO(A) POR UN(A) PROMOTOR(A) COMERCIAL <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PROMOTOR COMERCIAL _____ MEDIANTE UN COMPAÑERO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> NOMBRE _____ # de cédula _____ OTRO <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____						
* SI LA VINCULACIÓN SE REALIZA POR MEDIO DE APODERADO, POR FAVOR INDIQUE						
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO DEL ASOCIADO				TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL APODERADO DEL ASOCIADO		

**INFORMACIÓN DE LA EMPRESA**

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA			DIRECCIÓN			
CIUDAD / MUNICIPIO			CARGO			
PROFESIÓN	FECHA DE VINCULACIÓN A LA EMPRESA DD MM AAAA		TIPO DE CONTRATO INDEFINIDO <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/>		MODALIDAD SALARIAL ORDINARIA <input type="checkbox"/> INTEGRAL <input type="checkbox"/>	
TELÉFONO OFICINA	EXT.	CELULAR CORPORATIVO		CORREO ELECTRÓNICO CORPORATIVO		

**INFORMACIÓN SALARIAL Y DE RECURSOS**

El valor del aporte mensual permanente y obligatorio dependerá de su tipo de vinculación, como asalariado, pensionado, independiente o sustituto según lo establecido en el Reglamento de Ahorro Febancolombia.

INGRESOS MENSUALES \$	OTROS INGRESOS (diferentes al salario) \$	SI INGRESÓ ALGÚN VALOR EN OTROS INGRESOS POR FAVOR INDIQUE A QUÉ CORRESPONDEN	
TOTAL EGRESOS MENSUALES \$	TOTAL ACTIVOS \$	TOTAL PASIVOS \$	
TIPO DE CUENTA BANCARIA AHORROS <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/>		NÚMERO DE CUENTA BANCARIA PARA ABONO (11 DÍGITOS)	

**OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA**

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Cuáles? _____ _____ _____	Banco: _____ Nº de Cuenta: _____ Moneda: _____ Ciudad: _____ País: _____

**INFORMACIÓN PEP (PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE)**

Conforme a la legislación nacional vigente. Soy o he sido considerado como Persona Expuesta Políticamente en territorio nacional o extranjero.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Como funcionario público o como particular, he tenido a mi cargo la dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
*En caso de haber respondido afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, informe el cargo y la fecha de vinculación y desvinculación		
*En caso de haber respondido afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, me comprometo a suministrar la información adicional que Febancolombia requiera con apego a la ley.		
¿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 políticamente expuesta?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

## BENEFICIARIOS DE CONVENIOS, SALUD CON PREVENCIÓN, DEPÓSITOS Y AUXILIO DE DEFUNCIÓN

- Relacione a continuación a los familiares que asignará como beneficiarios para acceder a los convenios comerciales de Febancolombia (en los casos que aplique) y al Programa Salud con Prevención. Estos deberán hacer parte de su grupo básico familiar.
- Asociado Soltero: podrá registrar a padres, hermanos e hijos (menores de 25 años).
- Asociado Casado: podrá registrar a padres, cónyuge e hijos (menores de 25 años).
- Así mismo, asigne a sus beneficiarios el porcentaje del saldo de los depósitos (ahorros, aportes, SDATs) en caso del fallecimiento del afiliado. En caso de no registrar esta información, Febancolombia realizará distribución en porcentajes iguales a las personas que se presenten y les corresponda el derecho legal.
- También tendrá la opción de asignar los beneficiarios del Auxilio de Defunción (correspondiente a 45 SMMLV). Para este último, el asociado autoriza, como parte de su vinculación al Fondo, a descontar de su sueldo, mesada pensional o ingresos el valor equivalente al 1% de un SMMLV.

IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO	NOMBRES Y APELLIDOS	SERVICIOS DE SALUD CON PREVENCIÓN Y CONVENIOS			ASIGNACIÓN % SALDOS DE DEPÓSITOS	ASIGNACIÓN % AUXILIO DE DEFUNCIÓN
TIPO DE DOCUMENTO <small>CC (Cédula) CE (Cédula de Extranjería) PA (Pasaporte) TI (Tarjeta de Identidad)</small>	Nº DE DOCUMENTO			FECHA DE NACIMIENTO				
				DD	MM	AAAA		
				DD	MM	AAAA		
				DD	MM	AAAA		
				DD	MM	AAAA		
				DD	MM	AAAA		
				DD	MM	AAAA		
				DD	MM	AAAA		

## VINCULOS FAMILIARES CON FUNCIONARIOS DEL GRUPO BANCOLOMBIA

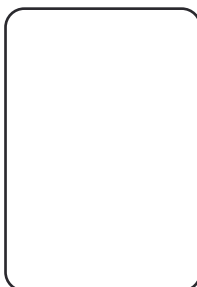
¿Tiene algún vínculo familiar con funcionarios del Grupo Bancolombia?    SI  NO     Si su respuesta es afirmativa, por favor diligencie los siguientes datos:

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO

## DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Estoy informado(a) de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice.
- Autorizo a Febancolombia para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo bajo estricto cumplimiento de la legislación vigente y aplicable en la materia.
- Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal y otras actividades debidamente demostradas y declaradas. "Declaro que el origen de los recursos y demás activos proceden del giro ordinario de actividades lícitas".
- Declaro conocer y aceptar la política de tratamiento y protección de datos personales divulgada en la página web de Febancolombia <https://www.febancolombia.com.co/es/content/habeas-data/>.
- Declaro que conozco y acepto los estatutos, reglamentos, formularios y demás reglamentación interna publicada en la página web de Febancolombia y me comprometo a mantenerme actualizado por la entrada en vigencia de nuevas versiones de los mismos.
- Autorizo a mi empleador o pagador para que retenga a favor de Febancolombia en caso de requerirlo todo emolumento en dinero derivado de la relación contractual por cualquier modalidad que se encuentre vigente y deduzca lo correspondiente para cubrir obligaciones de cualquier tipo que hayan surgido durante el vínculo asociativo o incluso posterior, que se encuentre debidamente contabilizado y demostrado, por incumplimientos o cláusulas aceleratorias y saldos de créditos, ahorros, auxilios, seguros, entre otros.
- La información suministrada en este documento es verídica y podrá ser verificada en cualquier momento; eximo a Febancolombia de toda responsabilidad legal o contractual derivada de datos erróneos, falsos o inexactos suministrados en este formulario.
- Conforme a la política de tratamiento y protección de datos personales que declaro conocer, autorizo a Febancolombia para el uso de mis datos de contacto con fines comerciales, promocionales y aviso o recordación de pago por saldos pendientes.

FIRMA



HUELLA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

DD

MM

AAAA

\* La Organización podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.

## ESPACIO PARA USO DE FEBANCOLOMBIA

OBSERVACIONES

---



---



---



---

FECHA DE REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA ENTREVISTA

DD

MM

AAAA

FECHA DE INGRESO AL SISTEMA

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE GRABAR EN EL SISTEMA

DD

MM

AAAA

\* Adjuntar a este formulario fotocopia del documento de identidad.