



**FONDO  
DE EMPLEADOS  
DE COLEGIO  
SANTA MARIA**

**www.fecolsam.com.co  
Nit.830.020.742-3**

**SOLICITUD DE ASOCIACIÓN   
ACTUALIZACIÓN DE DATOS**

Esta información es confidencial y solo es utilizada para los objetivos propios del SARLAFT  
Favor diligenciar el formato en su totalidad. Los campos que No aplica favor asignar las letras N.A.

Fecha de Diligenciamiento											
D	D	M	M	A	A	A	A	A	A	A	A

**CUOTA MENSUAL DE AHORROS**

Autorizo al FECOLSAM a descontar como cuota de ahorro la suma de \$ \_\_\_\_\_ mensual, valor que se situa entre el 3% y el 10% de mi salario básico mensual.

**INFORMACIÓN PERSONAL**

Primer apellido:		Segundo apellido:		Primer nombre:		Segundo nombre:	
Tipo de identificación: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> N° <input type="checkbox"/>		Fecha de expedición:		Lugar de expedición:		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento:
Lugar de nacimiento: Ciudad: _____ Dpto: _____		Nacionalidad:	Ocupación/profesión: Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual? _____			Nivel educativo: Bachillerato <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>	Primaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/>
Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		Cabeza de familia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		N° de personas a cargo:		Tipo de vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/>	
Dirección de residencia:			Barrio:		Ciudad:		
Teléfono de residencia:		Celular:		Correo electrónico:		Departamento:	
¿Actualmente tiene créditos con otra entidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Tiene vehículo propio? Carro <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Camión <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		EPS a la que está afiliado:		¿Tiene plan complementario de salud?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

**INFORMACIÓN LABORAL**

Empresa:		Dependencia:		Cargo:		Tipo de Contrato:	
Fecha de ingreso:		Ciudad:		Salario Básico:		Fecha de vencimiento:	
Departamento:							

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

Ingresos Mensuales \$	Egresos Mensuales \$	Activos \$	Pasivos \$	Otros Ingresos \$
0 - 3.000.000	0 - 2.000.000	0 - 50.000.000	0 - 50.000.000	0 - 3.000.000
3.000.001 - 10.000.000	2.000.001 - 5.000.000	50.000.001 - 100.000.000	50.000.001 - 100.000.000	3.000.001 - 10.000.000
10.000.001 - 25.000.000	5.000.001 - 15.000.000	100.000.001 - 500.000.000	100.000.001 - 500.000.000	10.000.001 - 25.000.000
25.000.001 ∞	15.000.001 ∞	500.000.001 ∞	500.000.001 ∞	25.000.001 ∞

Posee cuentas en moneda extranjera Si  No  Banco: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE (PEP)**

Ha desempeñado en los últimos 24 meses cargos o actividades en los cuales: ¿Maneje recursos públicos o tenga disposición sobre estos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Tiene o goza de reconocimiento público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (De acuerdo al decreto 1674 de 2016) ¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	--

Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por favor especifique

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE 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 DE COLEGIO SANTA MARIA - FECOLSAM, 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 SARLAFT:

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 relacionados con el delito de lavado de activos o destinados a la financiación del terrorismo.
3. Eximo a FECOLSAM, 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 FECOLSAM, 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 FECOLSAM 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 FECOLSAM para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Para el cumplimiento del objeto de la asociación, autorizo expresamente el uso de mi información a la empresa en la que laboro, a FECOLSAM y a sus aliados estratégicos comerciales, para contactarme, enviarme información, notificaciones y comunicados, vía mensaje de texto, llamadas al teléfono fijo o celular, comunicaciones escritas o correos electrónicos.

Declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes.  
Autorizo permanente e irrevocablemente al pagador de la Empresa en la que laboro, para retener de mis ingresos los valores derivados de esta solicitud.  
Autorizo expresamente a FECOLSAM para ajustar mi cuota de ahorro mensual, cuando se incremente mi salario.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Huella

**USO EXCLUSIVO DE FECOLSAM**

RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO O RADICACIÓN (Información de quién entrevista al asociado)	RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN
Nombre: _____	Fecha: D D M M A A A A
C.C.: _____	Hora: _____ Ciudad: _____
Cargo: _____	Nombre: _____ C.C.: _____

**OBSERVACIONES**