
			Fondo de Empleados del Grupo "SANAUTOS" FESAB			FORMATO DE ACTUALIZACION DE DATOS "PERSONA NATURAL" FO/GC/02 Versión 01 Julio de 2020		
Fecha de Solicitud:			Ciudad		Oficina Trabajo		Tipo de Asociado	
AAAA	MM	DD					Vínculo con empresa _____ Empleado _____	
<b>1. INFORMACION DEL ASOCIADO</b>								
Primer Apellido:			Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Número de Documento			Lugar de Expedición:		Fecha de Expedición: AAAA MM DD		Fecha de Nacimiento: AAAA MM DD	
Ciudad/ País de Nacimiento:			Nacionalidad:		Edad:		Género: M ___ F ___	
Estado Civil: Soltero ___ Casado ___ Divorciado ___ Viudo ___ Unión Libre ___			Tipo de Vivienda: Propia ___ Arrendada ___ Familiar ___ Hipoteca ___ Leasing ___ Lugar de Residencia: Area Urbana ___ Area Rural ___		Estrato		Dirección de Residencia:	
Nivel de estudios: Primaria ___ Secundaria ___ Técnico ___ Tecnólogo ___ Universitario ___ Especialización ___ Maestría ___ Doctorado ___ otro ___ cuál?		Departamento		Municipio		Barrio		Teléfono Fijo:
Pertenece a alguno grupo Etnico: Indígena ___ Afrocolombiano ___ Raizal ___ Rom (Gitano) ___ Palenquero ___ Ninguna ___		Cabeza de Hogar: Madre Cabeza de Familia ___ Personas a cargo ___ Padre Cabeza de Familia ___ Personas a cargo ___		Ocupación: Empleado: ___ Independiente: ___ Pensionado: ___ Casante: ___ Dependiente: ___		Número de Hijos: Menores de 18 años: ___ Número de Hijos: Mayores de 18 años: ___		
Dirección de Correo Electrónico Laboral y Personal: Personal:			Laboral:		Envío de correspondencia: Email ___ Oficina ___ otra ___ cuál? _____			
<b>2. INFORMACIÓN LABORAL</b>								
Nombre de la empresa o negocio:			Dirección de la empresa:			Ciudad/Departamento:		Teléfono/Celular:
Código del CIU		Actividad Económica:		Cargo:		Profesión:		
<b>3. INFORMACION FINANCIERA</b>								
Total Ingresos Mensuales\$			Otros Ingresos Mensuales\$		Total Egresos Mensuales		Total Activos \$	
Total Pasivos \$		Total Patrimonio: \$		Fecha corte de la información financiera: AAAA MM DD		Declara Renta: SI ___ NO ___		
Tipo de PEP SI ___ NO ___		¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI ___ NO ___ En caso afirmativo diligenciar la declaración de PEP.			Clasificación del PEP: 1. Empleado Público SI ___ NO ___ 2. Maneja Recursos Públicos: SI ___ NO ___ 3. Goza de Reconocimiento Público SI ___ NO ___			
<b>4. INFORMACION DE REFERENCIA PERSONAL</b>								
Nombres y Apellidos			Dirección de Residencia:			Número de teléfono/celular		
<b>5. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA</b>								
Realiza operaciones en moneda extranjera: SI ___ NO ___ En caso afirmativa suministre los datos			Posee cuentas en moneda extranjera: SI ___ NO ___			Si las afirmaciones son positivas solicite la demás información: Tipo de transacción/ Tipo de Producto/No. Producto/Entidad/Monto/Ciudad/País/Moneda.		
<b>6. DECLARACION ORIGEN DE FONDOS</b>								
Yo, _____, identificado(a) con el documento de identidad No. _____, expedido _____, obrando de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración en cumplimiento a lo señalado en la Circular Básica Jurídica de 2015 en el capítulo IX del título III modificado por la circular externa 04 de enero 27 de 2017 emitida por la Superintendencia de la Economía Solidaria, así como las siguientes normas relacionadas a continuación: El Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), Ley 190 de 1995 Estatuto Anticorrupción, las cuarenta recomendaciones del GAFI entre otras normas legales concordantes.								
1. Los recursos que manejo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle de la ocupación, oficio, Profesión, actividad, negocio, etc.) _____								
2. Declaro que si poseo ingresos adicionales: especifique: _____								
3. Declaro que los recursos recibidos por el Fondo de Empleados por el otorgamiento de crédito no serán destinados a ninguna actividad ilícita de las contenidas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.								
4. No admitiré que terceros efectúen pagos a mi nombre con fondos provenientes de las actividades ilícitas contenidas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.								
5. Autorizo a FESAB para acelerar el cobro de cualquier obligación pendiente y para dar por terminado unilateralmente mi asociación en FESAB, en caso de inexactitud, información falsa o incumplimiento de lo aquí indicado bajo gravedad de juramento.								
<b>7. AUTORIZACIONES Y LEY DE PROTECCION DE DATOS</b>								
En el Formato de Afiliación autorizo al Fondo de Empleados FESAB para que me consulte en las diferentes bases de datos, así mismo, para que maneje mi información tal como lo he autorizado al inicio de la relación contractual. En caso que desista, informaré por escrito a FESAB sobre mis decisiones.								
<b>8. DOCUMENTACION REQUERIDA</b>								
Formato de actualización de datos totalmente diligenciado y firmado								
Declaración de renta del último periodo gravable disponible								
Declaración de PEP cuando aplique								
FIRMA DEL ASOCIADO _____ C.C. _____								
<b>9. ESPACIO EXCLUSIVO PARA FESAB</b>								
<b>DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DE REALIZAR LA ENTREVISTA AL ASOCIADO</b>								
Fecha de realización de la entrevista: AAAA MM DD			Nombres y apellidos de la persona que realizó la entrevista:					
Hora: _____								
Observaciones:					Firma de la persona responsable de realizar la entrevista al asociado:			
<b>DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DE VERIFICAR LA INFORMACION</b>								
Fecha de verificación de la información: AAAA MM DD			Nombres y apellidos de la persona que realizó la verificación de los datos:					
Hora: _____								
Observaciones:					Firma de la persona responsable de realizar la verificación de los datos:			