

# FORMULARIO DE VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN



Tipo de solicitud		Fecha de diligenciamiento							
<input type="radio"/> Afiliación <input type="radio"/> Actualización de datos		DD / MM / AAAA							
DATOS E INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE									
Nombres		Primer Apellido	Segundo Apellido						
Tipo de documento	<input type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE	Número	Lugar y fecha de expedición DD / MM / AAAA						
Estado civil	<input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> U. Libre	¿Mujer cabeza de familia?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No						
Dirección de residencia	Barrio	N° de personas a cargo	Celular						
¿Reside en vivienda?	<input type="radio"/> Propia <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/> Familiar	Estrato	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6						
Nivel de estudios:	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Bachillerato <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Tecnológico <input type="radio"/> Universitario <input type="radio"/> Postgrado	¿Usted posee?	<input type="radio"/> Moto <input type="radio"/> Carro						
Envío de correspondencia	<input type="radio"/> Correo electrónico personal <input type="radio"/> Correo electrónico corporativo <input type="radio"/> Otro ¿Cual?	Profesión	Correo electrónico personal						
INFORMACIÓN LABORAL									
Tipo de vinculación	<input type="radio"/> Carrera <input type="radio"/> Provisional <input type="radio"/> Contratista <input type="radio"/> L. Nombramiento <input type="radio"/> Pensionado(a)	Subdirección donde labora	Dependencia donde labora						
Fecha de ingreso A la entidad	Cargo	Salario	Teléfono						
Cuenta de Nómina N°	Banco	Extensión	Tipo de cuenta <input type="radio"/> ahorro <input type="radio"/> corriente						
APORTE Y AHORRO MENSUAL									
Autorizo a mi empleador y/o pagador para que me sea descontado por concepto de aporte y ahorro permanente la suma de _____, correspondiente al (mínimo el 3% máximo el 10%) _____ %, de mi salario básico a partir del mes _____ del año en vigencia									
AHORRO VOLUNTARIO									
Autorizo a mi empleador y/o pagador para que me sea descontado por concepto de ahorro voluntario, la suma de (\$) _____ pesos, a partir del mes _____ del año en vigencia									
REGISTRO CUENTA DÉBITO AUTOMÁTICO									
N° de cuenta	Banco	Tipo de cuenta	<input type="radio"/> Ahorro <input type="radio"/> Corriente						
INFORMACIÓN FINANCIERA									
Total activos \$	Total pasivos \$	Total patrimonio \$	Ingresos mensuales (Actividad principal) \$						
Descripción de otros ingresos:	Otros ingresos mensuales \$	Egresos (Gastos) mensuales \$							
PEP Y OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA									
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿Maneja recursos públicos?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No						
¿Goza de reconocimiento público?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No						
Realiza operaciones en moneda extranjera ¿Cuáles?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Posee cuentas en moneda extranjera?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No						
Banco _____	N° de cuenta _____	Moneda _____	Indique: _____						
Ciudad _____	País _____								
DESCRIPCIÓN DEL GRUPO FAMILIAR									
TIPO IDENTIF.	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	% DEVOLUCIÓN APORTES Y AHORRO EN CASO DE FALLECIMIENTO
					DD	MM	AAAA		
REFERENCIAS FAMILIARES									
NOMBRES Y APELLIDOS		TELÉFONO CELULAR		PARENTESCO					
REFERENCIAS PERSONALES									
NOMBRES Y APELLIDOS		TELÉFONO CELULAR		PARENTESCO					

## AUTORIZACIONES

**AL EMPLEADOR Y/O PAGADOR:** Autorizo a mi actual o futuro empleador y/o pagador, para que descuente periódicamente, de los derechos económicos que resulten a mi favor y transfiera al Fondo de Empleados FESDIS las sumas de dinero que adeude a este por conceptos de aportes sociales, ahorros, contribuciones ordinarias y extraordinarias y demás obligaciones a que haya lugar en razón al vínculo de asociación así surgido. En el evento de no verificarse el descuento acá autorizado, me comprometo a realizar oportunamente los pagos de las obligaciones a mi cargo en sus oficinas o mediante consignación en la forma que se me indique. Igualmente, en caso de desvinculación laboral autorizo de forma irrevocable a mi empleador a descontar de mis derechos económicos, sin limitación alguna y trasladar a FESDIS las sumas adeudadas a este. Deducir los dineros necesarios para cubrir las obligaciones de cualquier tipo que hayan surgido en virtud del vínculo con FESDIS y las cuales se cobren por el incumplimiento y/o en aplicación de una cláusula aceleratoria. A la Secretaría Distrital de Integración Social como generadora del vínculo de asociación, para suministrar, compartir, transmitir, procesar, almacenar mi información laboral, salarial, de nómina y descuentos a FESDIS, con la finalidad de que el Fondo de Empleados pueda realizar los estudios, análisis y capacidad de crédito, de igual forma para que ofrezca, promocióne, realice campañas de mercadeo con respecto a los servicios ofrecidos por FESDIS.

**AL FONDO DE CESANTÍAS** Autorizo a la sociedad administradora de fondos de cesantías \_\_\_\_\_, para que al momento de finalizar el vínculo laboral con mi Empleador, de mi auxilio de cesantías se hagan las retenciones y abonos correspondientes para cancelar las obligaciones contraídas con FESDIS.

**AL FONDO DE PENSIONES** Autorizo al fondo de pensiones voluntarias y obligatorias al cual me encuentro afiliado para que de los ahorros que por cualquier concepto tenga, o pueda llegar a tener en el fondo de pensión, descuento y entregue a FESDIS el saldo que presente en las obligaciones contraídas por mí con el Fondo de Empleados.

En mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable a FESDIS, o a quién represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar, y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios, a cualquiera de las centrales de riesgo existentes al momento del reporte o consulta. Esta autorización no se limita a la obligación que surja como consecuencia de la aprobación y desembolso de un crédito ahora solicitado, sino que cubre todas las obligaciones pasadas, presentes y futuras que en que intervenga como deudor de FESDIS o quién represente sus derechos. De igual manera autorizo que todas las comunicaciones a través de las cuales se me notifique el incumplimiento de la(s) obligación(es) a mi cargo, sean enviadas a mi última dirección de correspondencia o correo electrónico registrados en FESDIS. Lo anterior de conformidad con la Ley 1266 de 2008 y demás normas que la sustituya, modifique, complemente, derogue o reglamente.

**AUTORIZACIÓN DÉBITO AUTOMÁTICO** Autorizo de forma expresa a FESDIS a debitar mensualmente de la cuenta que previamente he registrado en este formulario, para que en la fecha límite de pago le sean aplicadas a las cuotas del(los) producto(s) adquirido(s) y previamente marcados con la opción y bajo las indicaciones dadas.

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES** Autorizo a FESDIS a dar tratamiento a mis datos personales para: 1) El desarrollo de su objeto social y de la relación contractual y solidaria que nos vincula, lo que supone el ejercicio de sus derechos y deberes dentro de los que están, sin limitarse a ellos, la atención a mis solicitudes, la generación de extractos, la realización de actividades de cobranza, entre otros; 2) La administración de los productos o servicios comercializados a través de FESDIS de los que soy titular; 3) La adopción de medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas; 4) Promover la seguridad; 5) La utilización de fotografías en donde yo aparezca para publicidad, presentaciones y demás aplicaciones de FESDIS. 6) Demás finalidades establecidas en las políticas y procedimientos de protección de datos definidas por FESDIS, las cuales declaro conocer, igualmente autorizo expresa e irrevocablemente a FESDIS o a quien represente sus derechos, de forma libre y voluntaria, para consultar mis datos personales en las bases de datos autorizadas legalmente, con el fin de obtener mi ubicación en los casos en que presente obligaciones en mora y se requiera hacer la gestión de cobro judicial o extrajudicial. Personas autorizadas para utilizar mi información: La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de FESDIS, a quien este contrate para el ejercicio de los mismos o a quien este ceda sus derechos, sus obligaciones, o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos, servicios o beneficios de los que soy titular. Vigencia de la autorización: Esta autorización permanecerá vigente, 1) Hasta tanto mantenga mi relación asociativa con FESDIS siempre y cuando no tenga ninguna obligación vigente con FESDIS, evento en el cual, la autorización estará activa hasta su pago total, 2) Hasta que sea revocada. Esta revocatoria será procedente en los eventos previstos en la ley y siempre y cuando no exista ningún tipo de relación con FESDIS o no se encuentre vigente algún producto o servicio derivado de esta autorización.

## DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS Y ACTIVIDADES LICITAS

1. Declaro expresamente que:
  - Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): \_\_\_\_\_ • Mi actividad, profesión u oficio es lícita y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de acuerdo con el ordenamiento jurídico colombiano.
  - Los recursos y beneficios que se deriven de mi relación como asociado de FESDIS no se destinarán a la financiación de grupos o actividades terroristas.
  - No admitiré que terceros manejen depósitos a mis cuentas y de ninguna manera si estos provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
2. Me obligo a:
  - Respetar, cumplir y hacer cumplir las leyes, tratados y convenciones internacionales que Colombia haya suscrito en materia de anticorrupción.
  - Implementar todas las medidas tendientes a evitar que mis operaciones puedan ser utilizadas sin mi conocimiento y consentimiento para encubrir actividades ilícitas. En tal sentido acepto que FESDIS o quien ostente en el futuro sus derechos podrá dar por terminada la relación de asociación sin lugar a indemnización alguna en caso de ser investigado por alguna autoridad en cualquier modalidad delictiva o ser incluidos en listas de control de lavado de activos y financiación del terrorismo.

**Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y me obligo a confirmar los datos suministrados y actualizarlo anualmente.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_ Lugar Expedición: \_\_\_\_\_



**REQUISITOS:** Planta - Fotocopia legible al 150% del documento de identificación y último desprendible de pago.  
 Contratista - Fotocopia legible al 150% del documento de identificación, acta de inicio y certificación de RRHH.  
 Pensionado - Fotocopia legible al 150% del documento de identificación, resolución de pensión y último desprendible de pago.

Para mayor información comuníquese con FESDIS a los teléfonos 8059169 - 8058459 celulares 3164729487 - 3212556728 o al correo: [info@fesdis.com.co](mailto:info@fesdis.com.co)

## PARA USO EXCLUSIVO DE FESDIS

### VERIFICACIÓN

Fecha y hora: DD / MM / AAAA HH:MM	Fecha y hora: DD / MM / AAAA HH:MM	Fecha y hora: DD / MM / AAAA HH:MM
Nombre completo de quién realiza la entrevista	Nombre completo de quién ingresa la información al sistema	Vo. Bo. Gerencia
Firma	Firma	

**Se certifica que se llevó a cabo la revisión de la información, los documentos y las consultas en listas vinculantes:**

Fecha y hora: DD / MM / AAAA HH:MM	Nombre completo de quién realizó la verificación y consultas:	N° de consulta:
------------------------------------	---	-----------------

Observaciones:	Código de asociado:
----------------	---------------------

Firma persona(s) autorizada(s) de la entidad y/o pagador \_\_\_\_\_

Fecha: DD / MM / AAAA \_\_\_\_\_

Fecha



Señores  
**FONDO DE EMPLEADOS DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL – FESDIS**  
Ciudad

**REF: APERTURA Y DECLARACIÓN AHORRO VOLUNTARIO**

Por medio del presente solicito a FESDIS la apertura del ahorro voluntario, así:

Valor (\$ \_\_\_\_\_), a partir del mes de \_\_\_\_\_ año 20 \_\_\_\_\_.

Declaro que he leído y entiendo las condiciones para la apertura del ahorro programado, dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de mis fondos con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto de la CIRCULAR EXTERNA N. 04 del 27 de enero de 2017 expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria, Estatuto anticorrupción y demás normas legales concordantes para el manejo de compras, bienes y servicios.

1. Los recursos que poseo provienen del giro ordinario de mis actividades lícitas que son (detalle ocupación, oficio o negocio): \_\_\_\_\_
2. Declaro que el dinero que corresponde a la apertura del ahorro voluntario, no proviene de ninguna actividad ilícita, de las comprendidas en el Código Penal Colombiano o de cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. Autorizo a FESDIS para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en esta declaración, eximiendo al Fondo de Empleados de toda responsabilidad que se derive de ello.
4. Me obligo a no prestar mi nombre, mi cuenta y a no permitir que terceros o desconocidos por mí, efectúen depósitos o transferencias a mi cuenta y o hacer pagos o transferencias a mis cuentas y al Fondo de Empleados.

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre completo: \_\_\_\_\_

C.C: \_\_\_\_\_ Dependencia (SDIS) \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Email personal: \_\_\_\_\_

**ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE RRHH**

Fecha de aprobación

Firma funcionario (s) autorizado (s) \_\_\_\_\_

**ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE "FESDIS"**

Fecha de revisado

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre empleado: \_\_\_\_\_

Aprobado SI  NO  Vo. Bo. Gerencia \_\_\_\_\_

**Requisitos de afiliación:**

Diligencia la solicitud de afiliación y adjunta los siguientes documentos según tu vinculación con la Secretaria Distrital de Integración Social:

Planta administrativa:  
Copia de cédula  
Copia de último desprendible de pago

Contratista:  
Copia de cédula  
Copia del contrato vigente y/o acta de inicio

Pensionado:  
Copia de cédula  
Copia de resolución de pensión  
Copia de último desprendible de pago