

	FONDO DE EMPLEADOS DE DOCENTES Y TRABAJADORES DEPENDIENTES - FACREDIG Nit 800.074.482-6	FOV - 01
	FORMATO DE AFILIACIÓN	25/01/2024
		Página 1 de 3

Diligencie todos los espacios de este formato, en letra legible, sin tachones ni enmendaduras, si no aplica por favor anule los espacios con una línea (No dejar espacios en blanco).
 El presente Formato de Afiliación no compromete a FACREDIG a aceptar como Asociado al solicitante. Este documento se realiza ÚNICAMENTE para que se efectúe el respectivo estudio y su aceptación está sujeta al cumplimiento de las políticas internas del Fondo.

Ciudad de Diligenciamiento _____	Fecha	DÍA	MES	AÑO
Porcentaje de aportes 5% <input type="radio"/> 10% <input type="radio"/>	Tipo de Afiliación Nueva <input type="radio"/> Reingreso <input type="radio"/>			

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres y Apellidos _____	Sexo F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Tipo Documento C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/>	N° Documento _____
Nacionalidad _____	
Dirección Domicilio _____	Barrio _____
	Estrato _____
Tipo Vivienda Propia <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/>	Ciudad Residencia _____
Correo electrónico _____	
Celular _____	WhatsApp _____
Fecha Nacimiento	Lugar Nacimiento _____
DÍA	MES
AÑO	
Fecha Expedición	Lugar Expedición _____
DÍA	MES
AÑO	
Tipo de Sangre _____	¿Cabeza de Familia? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
	Personas a Cargo _____
Estado Civil Soltero <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/>	Nivel Educativo Sin Estudios <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>
Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/> Tecnología <input type="radio"/> Maestría <input type="radio"/>
U. libre <input type="radio"/>	Bachiller <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Doctorado <input type="radio"/>
	Grupo Étnico Afrocolombiano <input type="radio"/>
	Indígena <input type="radio"/> Raizal <input type="radio"/>
	Ninguno <input type="radio"/>

2. DATOS LABORALES

Empresa _____	Dirección _____
Tipo Empresa Pública <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/>	Teléfono _____
	Fecha de Ingreso
	DÍA
	MES
	AÑO
Fondo de Cesantías _____	Cargo que Desempeña _____
Fondo de Pensión _____	Tipo de Contrato _____
Salud (EPS) _____	Ciudad Laboral _____

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingreso Mensual \$ _____ (Salario)	Gastos Mensuales \$ _____ (Servicios, cuotas créditos, alimentación, entre otros).
Otros Ingresos \$ _____ (Arriendos, Bonificaciones, Pensión, Horas Extras, entre otros)	Activos \$ _____ (Valor Total de sus Bienes)
Concepto de otros Ingresos: _____	Pasivos \$ _____ (Valor Total de sus Deudas)

Declaro que el origen de fondos o recursos con los que realizo las operaciones en FACREDIG provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:
 _____ No admitiré que terceros efectúen ninguna transacción a mi nombre con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.



**FONDO DE EMPLEADOS DE DOCENTES Y TRABAJADORES
DEPENDIENTES - FACREDIG
Nit 800.074.482-6
FORMATO DE AFILIACIÓN**

FOC - 07

25/01/2024

Página 2 de 3

4. ACTIVIDAD ECONÓMICA

Código CIU _____ **¿Responsable de IVA?** Si No **¿Declara Renta?** Si No

¿Es una Persona Expuesta Política o Públicamente? PEPs Si No **¿Maneja dinero del Estado?** Si No

¿Algún familiar es una persona PEPs o Maneja dinero del Estado? Si No

En caso afirmativo por favor solicite y diligencie el Formato FOL-02 Conocimiento Ampliado - PEPS

¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera? Si No **En caso afirmativo indique el tipo de operaciones que realiza:**

Importaciones Exportaciones Inversiones Préstamos Giros

Entidad	Monto	N° Cuenta	País	Ciudad - Estado	Tipo de Moneda

5. BENEFICIARIOS Y DESIGNACIÓN DE LOS AHORROS EN CASO DE FALLECIMIENTO

1er NOMBRE	2do NOMBRE	1er APELLIDO	2do APELLIDO	NÚMERO DE DOCUMENTO	SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	% BENEFICIO AH
					F	M	Día	Mes	Año		

6. GRUPO CONECTADO

¿Tiene Usted algunos de los siguientes familiares asociados a FACREDIG? Si No

Conyuge - Compañero Hermanos Cuñados Abuelos Nietos Hijastros

Si marcó alguna de las opciones anteriores por favor diligencie la siguiente información:

1er APELLIDO	2do APELLIDO	1er NOMBRE	2do NOMBRE	PARENTESCO

7. REFERENCIAS

1 - Nombres y Apellidos	Celular	
2 - Nombres y Apellidos	Celular	

8. REFERIDO

Relacione el asociado que lo refirió:

Nombres y Apellidos _____ **N° Documento** _____

9. AUTORIZACIONES

AUTORIZACIÓN DE REPORTE Y CONSULTA DE INFORMACIÓN COMERCIAL Y FINANCIERA:

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a FACREDIG o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con FACREDIG, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignarán de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones. 3) Me comprometo a actualizar anualmente y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por FACREDIG. Me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a FACREDIG no utilizar o revocar mi información personal. Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. FACREDIG me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Declaro que he sido informado: 1. Que El Fondo de Empleados de Docentes Y Trabajadores Dependientes, en lo sucesivo, "FACREDIG", actuará directamente o a través de terceros como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales, y ha puesto a mi disposición diferentes mecanismos para informarme o comunicarme como son: la línea de atención 5840318, el correo electrónico facredig@facredig.com, la información disponible en la página web: www.facredig.com, y las oficinas de la Sede Administrativa ubicada en la Carrera 23 No. 9-76 de la ciudad de San José del Guaviare con atención al público de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:00 p.m. y los sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m., para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de los derechos mencionados en esta autorización; 2. Mis datos serán tratados para fines precontractuales, contractuales, postcontractuales, comerciales, de atención al cliente y mercadeo, procesamiento, investigación, capacitación, acreditación, consolidación, organización, actualización, reporte, estadística, encuestas, tramitación, concursos y sorteos; 3. Mis derechos como titular del dato son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales. Estos derechos los puedo ejercer a través de los canales dispuestos por FACREDIG, para la atención al público y observando la Política de Tratamiento de datos personales de FACREDIG disponible en www.facredig.com link "Descarga de Formatos", 4. Es voluntario responder preguntas que eventualmente me sean hechas sobre datos sensibles o datos de menores de edad, y que éstos últimos serán tratados respetando sus derechos fundamentales e intereses superiores. Son Datos Sensibles, aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, por ejemplo la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, de derechos humanos así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.

Por medio de este documento otorgo autorización expresa del uso de los derechos de imagen que me reconocen la Constitución, la ley y demás normas concordantes a FACREDIG. La autorización se regirá por las normas legales aplicables y en particular para que haga uso y tratamiento de mis derechos de imagen para incluirlos sobre fotografías; procedimientos análogos a la fotografía; producciones Audiovisuales (Videos); así como de los Derechos de Autor, los Derechos Conexos y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen. La presente autorización de uso se otorga para ser utilizada en formato o soporte material en ediciones impresas, y se extiende a la utilización en medio electrónico, óptico, magnético, en redes (Intranet e Internet), mensajes de datos o similares y en general para cualquier medio o soporte conocido o por conocer en el futuro. La publicación podrá efectuarse de manera directa o a través de un tercero que se designe para tal fin. Los derechos aquí autorizados se dan sin limitación geográfica o territorial alguna. De igual forma la autorización de uso aquí establecida no implicará exclusividad, por lo que me reservo el derecho de otorgar autorizaciones de uso similares en los mismos términos en favor de terceros. FACREDIG se compromete a dar cumplimiento a la normatividad vigente sobre los derechos morales de autor, los cuales seguirán radicados en cabeza de su titular.

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a FACREDIG y a quien le sean cedidos los derechos, para tratar mis datos personales, con finalidad principal de contratación, ejecución y comercialización de los bienes y servicios del Responsable del Tratamiento, así como el contacto a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales. Me comprometo a conocer La Política de Tratamiento de la Información disponible en la página web: www.facredig.com.

Autorizo a FACREDIG a modificar o actualizar su contenido a fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de servicios o productos, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía o por correo electrónico.

La información del formato del cual forma parte la presente autorización la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIONES Y ENTREGA DE INFORMACIÓN

Autorizo, permito y acepto, a través de mi firma, y a la fecha, el envío de información, notificaciones o comunicación oficial de FACREDIG, tales como información comercial, información de servicios, estados de cuenta, comunicaciones de cobro, recordatorio de cumplimiento de obligaciones, citaciones y demás que fuese pertinente por la relación como Asociado a FACREDIG, por medio de Llamadas telefónicas, Mensajes de Texto, Correo Electrónico, WhatsApp y Notificaciones Físicas. Igualmente, declaro que cualquier tipo de comunicación realizada por FACREDIG a través de medios electrónicos conserva la misma confiabilidad, trazabilidad y validez jurídica probatoria que los envíos realizados por medios físicos.

10. FIRMA

Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído, comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo :

Firma Solicitante

11. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

<u>AFILIACIONES NUEVAS</u>	<u>REINGRESOS</u>
► Formato de Afiliación FOV-01 debidamente diligenciado y firmado	► Formato de Afiliación FOV-01 debidamente diligenciado y firmado
► Fotocopia legible del documento de identidad	► Fotocopia legible del documento de identidad
► Desprendible de pago del último mes	► Desprendible de pago del último mes
► Constancia de trabajo	► Copia del RUT
► Fotocopia del contrato laboral (Si es O.P.S.)	► Copia del Permiso Especial de Permanencia - PEP (Si es Extranjero)
► Copia del RUT	
► Copia del Permiso Especial de Permanencia - PEP (Si es Extranjero)	

ESPACIOS PARA USO EXCLUSIVO DE FACREDIG

12. RADICADO Y VERIFICACION

Funcionario que recibe: _____	Fecha	DÍA	MES	AÑO
Funcionario que verifica: _____	Fecha	DÍA	MES	AÑO
Observaciones: _____				

13. CONFIRMACIÓN DE REFERENCIAS

Funcionario que Confirma: _____	Fecha	DÍA	MES	AÑO	Hora	_____
Ref. 1	¿Atendió la llamada? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Confirma lugar de residencia? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Confirma lugar de Trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Hace cuánto conoce al solicitante? _____		
Ref. 2	¿Atendió la llamada? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Confirma lugar de residencia? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Confirma lugar de Trabajo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	¿Hace cuánto conoce al solicitante? _____		
Observaciones: _____						

14. DECISIÓN JUNTA DIRECTIVA

Fecha	DÍA	MES	AÑO	Hora	_____	N° Acta	_____	Aceptado <input type="radio"/>	Rechazado <input type="radio"/>
Observaciones: _____									
_____					_____				
Nombre del Secretario Junta Directiva					Firma				