



# FEDESAP

CON EL FIN DE AUTORIZAR SU INGRESO; SOLICITAMOS DILIGENCIAR LA TOTALIDAD DE LA INFORMACION

## SOLICITUD DE INGRESO ASOCIADO

### INFORMACION PERSONAL

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>PRIMER APELLIDO</b>                              | <b>SEGUNDO APELLIDO</b>   | <b>NOMBRES</b>   |
| C.C. <input type="text"/> T.I. <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> OTRO <input type="text"/> No <input type="checkbox"/>  | <input type="text"/>   |
| <b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>                          | DIA <input type="text"/>  | MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>  |
| <b>LUGAR DE EXPEDICIÓN</b>                          | <input type="text"/>  |  |
| <b>FECHA DE NACIMIENTO</b>                          | DIA <input type="text"/>  | MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>  |
| <b>ESTADO CIVIL</b>                                 | <input type="text"/>  |  |
| <b>NACIONALIDAD</b>                                 | <input type="text"/>  |  |
| <b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>                            | PRIMARIA <input type="checkbox"/> BACHILLERATO <input type="checkbox"/> TECNICO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> |  |
| <b>TITULO PROFESIONAL</b>                           | <input type="text"/>  |  |
| <b>Ocupacion u Oficio</b>                           | <input type="text"/>  |  |
| <b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>                          | <input type="text"/>  |  |
| <b>RESIDE EN VIVIENDA</b>                           | PROPIA <input type="checkbox"/>   | ARRIENDO <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/>                      |
| <b>VEHICULO</b>                                     | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>   | MARCA <input type="text"/> MODELO <input type="text"/> ASEGURAD <input type="checkbox"/> |
| <b>DIRECCION</b>                                    | <input type="text"/>  |  |
| <b>EMAIL PERSONAL</b>                               | <input type="text"/>  |  |
| <b>EMAIL ESAP</b>                                   | <input type="text"/>  |  |
| <b>TELEFONOS</b>                                    | <input type="text"/>  | CIUDAD <input type="text"/>  |
| <b>TELEFONO CELULAR</b>                             | <input type="text"/>  | PERSONAS A CARGO <input type="text"/>  |
| <b>CUENTA BANCARIA No</b>                           | <input type="text"/>  | BANCO <input type="text"/>   |

### INFORMACION LABORAL

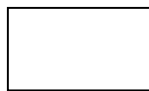
|  |                                      |   |                             |
|--|--------------------------------------|---|-----------------------------|
| <b>CLASE DE VINCULACION CON LA ESAP</b>                                  |                                      |   |                             |
| CONTRATISTA <input type="checkbox"/>                                     | PROVISIONAL <input type="checkbox"/> | CARRERA ADMINISTRATIVA <input type="checkbox"/> |                             |
| LIBRE NOMBRAM. <input type="checkbox"/>                                  | OCASIONAL <input type="checkbox"/>   | CATEDRA <input type="checkbox"/>                |                             |
| PENSIONADO <input type="checkbox"/>                                      | PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA        | SI <input type="checkbox"/>                     | NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Por su cargo maneja recursos Públicos?                                  |                                      | SI <input type="checkbox"/>                     | NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Por su cargo o actividad ejerce algun grado de poder publico?           |                                      | SI <input type="checkbox"/>                     | NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público?        |                                      | SI <input type="checkbox"/>                     | NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente |                                      | SI <input type="checkbox"/>                     | NO <input type="checkbox"/> |
| <b>FECHA VINCULACION CON LA ESAP</b>                                     |                                      |   |                             |
| <input type="text"/>   |                                      |   |                             |
| <b>DEPENDENCIA DONDE LABORA</b>  |                                      |   |                             |
| <input type="text"/>   |                                      |   |                             |
| <b>TELEFONO DIRECTO</b>  | <input type="text"/>                 | <b>EXTENSION</b>                                | <input type="text"/>        |
| <b>FECHA DE ACTUALIZACION</b>  |                                      |   |                             |
| <input type="text"/>   |                                      |   |                             |

### INFORMACION FINANCIERA

|  |                      |                  |                      |
|--|----------------------|------------------|----------------------|
| Ingresos mensuales derivados de su actividad principal (SALARIO) | <input type="text"/> | Total Activos    | <input type="text"/> |
| Otros ingresos   | <input type="text"/> | Total pasivos    | <input type="text"/> |
| Egresos mensuales  | <input type="text"/> | Total Patrimonio | <input type="text"/> |
| Concepto de otros ingresos                                       | <input type="text"/> |                  |                      |

#### ACEPTACION

Autorizo a FEDESAP, para descontar de mi salario el \_\_\_\_\_% mensual, o el valor fijo de \_\_\_\_\_ como cuota de Ahorro mensual.



FIRMA DEL SOLICITANTE

Huella Índice Derecho

#### Verificación y confirmación de datos

Nombre de la Persona que verifica la información de este formato.

Fecha y hora de la verificación.

Firma de funcionario autorizado-FEDESAP

Se verifico el potencial Asociado relacionado en este formato, en la lista Clinton, ONU y otras Si  No

Nombre de la persona que realizo la consulta

Fecha y Hora de la Consulta

F  
O  
N  
D  
O  
D  
E  
E  
M  
P  
L  
E  
A  
D  
O  
S  
D  
E  
L  
A  
E  
S  
A  
P

B  
I  
E  
N  
V  
E  
N  
I  
D  
O

**AUTORIZACION PARA LA CONSULTA, REPORTE Y PROCESAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS EN LA CENTRAL DE INFORMACION FINANCIERA –CIFIN–**

1. Autorizo de manera expresa e Irrevocable al FONDO DE EMPLEADO DE LA ESCUELA DE ADMINISTRACION PÚBLICA – FEDESAP NIT. 860.042.156- 0 o a quien represente sus derechos a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a la Central de Información Financiera con quien tenga convenio.

Lo anterior implica que mi comportamiento presente y pasado frente a mis obligaciones permanecerá reflejado de manera completa en las mencionadas bases de datos con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales y crediticias. Por lo tanto, conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a esta, de conformidad con la legislación aplicable.

La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable, en especial por las normas legales y la jurisprudencia, los cuales contienen mis derechos y obligaciones, que, por ser públicos, conozco plenamente. En caso de que, en el futuro, el autorizado en este documento efectúe una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo a favor de un tercero, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste, en los mismos términos y condiciones.

2. FEDESAP le informa que los datos personales que usted suministre en virtud de las operaciones que solicite o celebre con nosotros, serán tratados mediante el uso y mantenimiento de medidas de seguridad técnicas, físicas y administrativas a fin de impedir que terceros no autorizados accedan a los mismos, lo anterior de conformidad a lo definido en la ley 1581 de 2012.

Leído lo anterior, autorizo de manera previa, explícita e inequívoca a FEDESAP para el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales y las aquí contempladas. Declaro que soy titular de la información reportada en este formulario para autorizar el tratamiento de mis datos personales, que la he suministrado de forma voluntaria y es completa, confiable, veraz, exacta y verídica.

3. De otro lado obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS al FONDO DE EMPLEADOS DE LA E&AP - FEDESAP, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración en cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa No.007 de 1996 expedida por la Superintendencia Bancaria, en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), Ley 190 de 1995 "Estatuto Anticorrupción" y demás normas legales concordantes.

1. Los recursos que entregue en depósito provienen de las siguientes fuentes (detalle la ocupación, oficio, profesión, negocio, entre otros).

2. Si posee ingresos adicionales, especifique:

---

3. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

4. No admitiré que terceros efectúen depósitos a nombre mío, con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

5. Autorizo a saldar las obligaciones o depósitos con esta Institución, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento eximiendo a LA ENTIDAD de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o de la violación de este.

En constancia de haber leído y acatado lo anterior firmo el presente documento a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ en la ciudad de \_\_\_\_\_

FIRMA DEL ASOCIADO \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

C.C / NIT \_\_\_\_\_



Huella Índice Derecho