



APRECIADO ASOCIADO LE SOLICITAMOS POR FAVOR DILIGENCIAR LA TOTALIDAD DE LA INFORMACION Y HACER LLEGAR ESTE FORMATO A FEDESAP ANTES DE 5 DIAS HABILDES DESDE EL MOMENTO DEL RECIBIDO DEL MISMO

ACTUALIZACION DE INFORMACION ASOCIADO

INFORMACION PERSONAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
C.C. <input type="text"/>	OTRO <input type="text"/>	No <input type="text"/>
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	DIA	MES AÑO
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	DIA	MES AÑO
ESTADO CIVIL	NACIONALIDAD	
NIVEL DE ESTUDIOS		
PRIMARIA <input type="text"/>	BACHILLERATO <input type="text"/>	TECNICO <input type="text"/> UNIVERSITARIO <input type="text"/>
TITULO PROFESIONAL		
OCUPACION U OFICIO		
RESIDE EN VIVIENDA	PROPIA <input type="text"/>	ARRIENDO <input type="text"/> FAMILIAR <input type="text"/>
VEHICULO	NO <input type="text"/>	SI <input type="text"/>
DIRECCION		
EMAIL PERSONAL		
EMAIL ESAP		
TELEFONO CELULAR	FIJO SI TIENE: <input type="text"/>	

REFERENCIA FAMILIAR

NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	CIUDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

REFERENCIA PERSONAL

NOMBRE Y APELLIDOS	CELULAR	CIUDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACION LABORAL

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

INFORMACION FINANCIERA

Salario o ingreso mensual	Total Activos
Otros ingresos	Total pasivos
Egresos mensuales	Total Patrimonio
Concepto de otros ingresos	

Esta informacion es obligatoria por favor no dejar espacios en blanco.

FIRMA DEL ASOCIADO

Fecha y hora de la verificación.
Firma de empleado autorizado-FEDESAP

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

A
C
T
U
A
L
I
Z
A
C
I
O
N
D
E
D
A
T
O
S

AUTORIZACIONES A FEDESAP

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 está, 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 ESAP - 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:

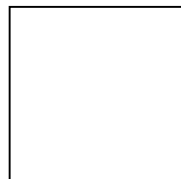
3. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
4. No admitiré que terceros efectúen depósitos a nombre mío, con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en 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 _____



Huella Índice Derecho