



SOLICITUD DE INGRESO ASOCIADO

INFORMACION PERSONAL

PRIMER APELLIDO \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRES \_\_\_\_\_

C.C.  OTRO  No \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

NIVEL DE ESTUDIOS

PRIMARIA  BACHILLERATO  TECNICO  UNIVERSITARIO

TITULO PROFESIONAL \_\_\_\_\_

OCUPACION U OFICIO \_\_\_\_\_

RESIDE EN VIVIENDA PROPIA  ARRIENDO  FAMILIAR

VEHICULO NO \_\_\_ SI \_\_\_ PERSONAS A CARGO \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

EMAIL PERSONAL \_\_\_\_\_

EMAIL ESAP \_\_\_\_\_

No CELULAR \_\_\_\_\_ FIJO SI TIENE: \_\_\_\_\_

**REFERENCIA FAMILIAR**

NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

**REFERENCIA PERSONAL**

NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

CUENTA BANCARIA No \_\_\_\_\_ BANCO \_\_\_\_\_

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 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 SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

FECHA VINCULACION CON LA ESAP \_\_\_\_\_

DEPENDENCIA DONDE LABORA \_\_\_\_\_ CIUDAD DONDE LABORA \_\_\_\_\_

TELEFONO DIRECTO \_\_\_\_\_ EXTENSION \_\_\_\_\_

FECHA ACTUAL \_\_\_\_\_

INFORMACION FINANCIERA

Salario o Ingreso mensual \_\_\_\_\_ Total Activos \_\_\_\_\_

Otros ingresos \_\_\_\_\_ Total pasivos \_\_\_\_\_

Egresos mensuales \_\_\_\_\_ Total Patrimonio \_\_\_\_\_

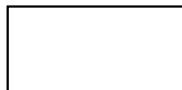
Concepto de otros ingresos \_\_\_\_\_

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

ACEPTACION

Verificación y confirmación de datos

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



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

Fecha y hora de la verificación.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Huella Índice Derecho

Firma de empleado autorizado-FEDESAP

Se verifico el potencial Asociado relacionado en este formato, en la lista Clinton, SI  NO

ONU y otras

Quien realiza la consulta \_\_\_\_\_ Por Favor adjuntar copia de la C.C., si es de contrato

Fecha y Hora de la Consulta \_\_\_\_\_ anexar RP y clausulado del contrato, si es de planta anexar

resolución de nombramiento o último desprendible de nomina

FONDOS DE EMPLEADOS DE LA ESAP

BIENVENIDO

## 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.

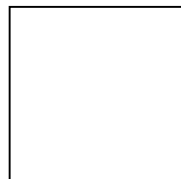
1. Los recursos que entregue en depósito provienen de las siguientes fuentes (detalle la ocupación, oficio, profesión, negocio, entre otros).  
\_\_\_\_\_
2. Si posee ingresos adicionales, especifique:  
\_\_\_\_\_
3. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas 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**