



FONDO EDUCATIVO DE AHORRO Y SERVICIO SOCIAL DE LOS  
EMPLEADOS Y SERVIDORES PÚBLICOS DEL CONGRESO DE LA  
REPÚBLICA - FEASSEC

SOLICITUD DE VINCULACIÓN  
ACTUALIZACIÓN DE DATOS Y DESCUENTOS

Esta información es confidencial y solo es utilizada para los objetivos propios del SARLAFT.  
Favor diligenciar el formato en su totalidad. Los campos que no aplican favor asignar las letras N.A.

Versión 04 - 202403		
Fecha de diligenciamiento		
Día	Mes	Año

NIT 830134115-5

¿Cómo conoció a FEASSEC?

Por medio de un amigo por favor Indique el nombre de la persona que lo refirió \_\_\_\_\_  
Por medio de publicidad de FEASSEC, por favor Indique el tipo de publicidad que le llegó \_\_\_\_\_  
Por medio de un funcionario de FEASSEC, por favor Indique el nombre del funcionario \_\_\_\_\_

I. INFORMACIÓN GENERAL

Primer apellido:	Segundo apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:
Tipo de documento: CC ___ CE ___ PP ___ Otro ___	Número de documento: No: _____	Fecha de expedición: ___/___/___ Lugar de expedición: _____	Genero: F ___ M ___ NB ___ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Lugar de nacimiento: _____
Nacionalidad:	Ocupación / Profesión: _____ Empleado público ___ Pensionado ___ Empleado privado ___	Nivel educativo: Primaria ___ Bachillerato ___ Técnico ___ Profesional ___ Posgrado ___	Estado civil: Soltero ___ Casado ___ Separado ___ Viudo ___ Unión libre ___
Dirección residencia:	Barrio: _____ Ciudad: _____	Departamento: _____ Zona de ubicación: Rural ___ Urbana ___	
Dirección correspondencia: (¿Utilizar los datos de la información de residencia? Si ___ No ___)	Barrio: _____ Ciudad: _____	Departamento: _____ Zona de ubicación: Rural ___ Urbana ___	
Tipo de vivienda: Propia ___ Arrendada ___ Familiar ___ Financiada ___	Antigüedad (años): ___	Cabeza de hogar: Si ___ No ___	Número de hijos: _____ Personas a cargo: _____
Teléfono fijo:	Celular: _____	Correo electrónico: _____	Autorizo el envío de información por correo electrónico: Si ___ No ___
Se encuentra afiliado a otro fondo de empleados y/o cooperativa? Si ___ No ___ ¿Cuál? _____	¿Pertenece a población vulnerable? Si ___ No ___ ¿Cuál? Etnia ___ Afectada por la violencia ___ Indígenas ___ Afrocolombianos ___ Desvinculado grupos armados ___ Reincorporado ___ Discapacitada ___		
¿Tiene parentesco con empleados de la entidad? Si ___ No ___ En caso de responder Si, ¿Quién? _____	¿Es familiar de un miembro de administración? Si ___ No ___ En caso de responder Si, ¿Quién? _____	¿Es familiar de un miembro de control? Si ___ No ___ En caso de responder Si, ¿Quién? _____	

II. INFORMACIÓN LABORAL

Entidad donde labora:	Tipo de contrato: Fijo ___ Indefinido ___ Planta ___ Provisionalidad ___ UTL ___ Pensionado ___				
Dirección empresa:	Barrio: _____ Ciudad: _____	Departamento: _____ Zona de ubicación: Rural ___ Urbana ___			
Fecha de ingreso:	Cargo: _____	Sueldo básico mensual: _____	Ciudad: _____	Fondo de pensiones: _____	Fondo de cesantías: _____

III. INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos fijos mensuales: \$	Egresos mensuales: \$	Otros Ingresos: \$
Activos: \$	Pasivos: \$	Patrimonio: \$
Descripción de los otros ingresos:		
Entidad Financiera (Banco):	Tipo de Cuenta: Ahorros ___ Corriente ___	N° Cuenta: _____
¿Realiza operaciones en moneda extranjera?: Si ___ No ___	¿Posee cuentas en moneda extranjera?: Si ___ No ___ Banco ___ Ciudad _____ País _____	No. Cuenta _____

DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

Ha desempeñado en los últimos 24 meses cargos o actividades en los cuales: * ¿Maneja recursos públicos o tiene disposición sobre estos? Si ___ No ___ * ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si ___ No ___ (De acuerdo alguno de los cargos descritos en el decreto 830 de 2021)	* ¿Goza de reconocimiento público? Si ___ No ___ * ¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad y primero civil, que encajen en los escenarios descritos previamente? Si ___ No ___ * Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por favor especifique:
---	---

## DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos al FONDO EDUCATIVO DE AHORRO Y SERVICIO SOCIAL DE LOS EMPLEADOS Y SERVIDORES PÚBLICOS DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA, en adelante FEASSEC, con el fin de cumplir con las disposiciones señaladas en su Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo SARLAFT:

1. Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad y ocupación.
2. No admitiré que terceros vinculen mi actividad con dineros, recursos o activos relacionados con el delito de lavado de activos o destinados a la financiación del terrorismo.
3. Eximo a FEASSEC, de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa o errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soporten mis afirmaciones.
4. Autorizo a FEASSEC, para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario.
5. Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en el FEASSEC tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas.
6. No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo.
7. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite por cada producto o servicio que utilice, suministrando la información documental exigida por FEASSEC para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

## AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Para el cumplimiento del objeto del Fondo de Empleados, autorizo expresamente el uso de mi información al FONDO EDUCATIVO DE AHORRO Y SERVICIO SOCIAL DE LOS EMPLEADOS Y SERVIDORES PÚBLICOS DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA - FEASSEC y a sus aliados estratégicos comerciales, para contactarme, enviarme información, notificaciones y comunicados, vía mensaje de texto, llamadas al teléfono fijo o celular, comunicaciones escritas o correos electrónicos.

## AUTORIZACIÓN, CONSULTA Y REPORTE EN CENTRALES Y/U OPERADORES DE INFORMACIÓN

Autorizo al FONDO EDUCATIVO DE AHORRO Y SERVICIO SOCIAL DE LOS EMPLEADOS Y SERVIDORES PÚBLICOS DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA en adelante FEASSEC y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) por mi contraída(s) con FEASSEC, para que reporte a las centrales de información financiera y crediticia que operan en Colombia, el nacimiento, modificación, extinción, cumplimiento o incumplimiento de la(s) obligación(es) contraída(s) con FEASSEC, con fines estadísticos, de control, supervisión, desarrollo de herramientas que prevengan el fraude y el conocimiento de mi comportamiento financiero y crediticio, por parte de los usuarios de la información (definidos en la Ley 1266 de 2008) y de información comercial. La presente autorización incluye la posibilidad de ser consultado en las centrales de información, así como de obtener las referencias comerciales necesarias que permitan a FEASSEC tener un conocimiento adecuado sobre mi comportamiento en el desarrollo de las relaciones financieras, comerciales y/o de servicios que haya adquirido. Adicionalmente, autorizo a FEASSEC para solicitar, consultar y obtener mi información financiera, datos de seguridad social y parafiscales y/o datos personales que se encuentren en centrales u operadores de información o cualquier entidad autorizada para tratar mis datos, con el fin de que FEASSEC evalúe mi solicitud de crédito, actualice mis datos o realice mi perfilamiento como cliente, usuario o cliente potencial, teniendo en cuenta mi comportamiento financiero, comercial, pagos al sistema de seguridad social y parafiscales y/o de servicios que haya adquirido. Lo anterior, sin perjuicio del cumplimiento de la obligación que me asiste de actualizar anualmente mis datos personales. La presente autorización estará vigente mientras no la revoque mediante comunicación escrita dirigida a FEASSEC.

## DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO

Declaro que he recibido toda la información acerca del FONDO EDUCATIVO DE AHORRO Y SERVICIO SOCIAL DE LOS EMPLEADOS Y SERVIDORES PÚBLICOS DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA - FEASSEC como entidad privada del sector de la economía solidaria, sin ánimo de lucro, con vínculo de asociación cerrado, así como los deberes y derechos como asociado. Declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes.

## AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS

Por medio de la presente autorizo a mi empleador o pagaduría para que descuente con destino al FONDO EDUCATIVO DE AHORRO Y SERVICIO SOCIAL DE LOS EMPLEADOS Y SERVIDORES PÚBLICOS DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA, en adelante FEASSEC el valor de la cuota de afiliación correspondiente al 1% de mi sueldo básico mensual, por una sola vez con carácter no reembolsable. Así mismo autorizo irrevocablemente en calidad de trabajador a ustedes para que de mi salario o compensación salarial que devengo se sirva descontar una cuota periódica correspondiente al \_\_\_\_\_% del sueldo básico mensual como aporte social y ahorro permanente obligatorio para FEASSEC. La Cuota que será variable según el incremento de mi sueldo básico mensual, además autorizo irrevocablemente para que del salario se sirva descontar el valor de las cuotas por créditos y otros servicios adquiridos con FEASSEC hasta que se cubra el valor total de las obligaciones. También autorizo a mi empleador o pagaduría para que descuente con destino a FEASSEC los siguientes valores voluntarios de manera mensual:

1. El \_\_\_\_\_% de mi salario básico mensual de manera permanente, abonable a mi ahorro ordinario, hasta tanto me retracte por medio de una comunicación escrita.
2. El valor de \$ \_\_\_\_\_ de manera permanente a título de donación con destino al programa de gestión social en apoyo a instituciones sin ánimo de lucro.

Autorizo expresamente al FONDO EDUCATIVO DE AHORRO Y SERVICIO SOCIAL DE LOS EMPLEADOS Y SERVIDORES PÚBLICOS DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA - FEASSEC para ajustar mi cuota mensual, cuando se incremente mi sueldo básico mensual.

Autorizo expresamente a FONDO EDUCATIVO DE AHORRO Y SERVICIO SOCIAL DE LOS EMPLEADOS Y SERVIDORES PÚBLICOS DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA - FEASSEC para que anualmente aumente el valor de mi cuota de aporte y ahorro mensual cuando este incluya servicios complementarios según el aumento de tarifas de la empresa convenio.

Autorizo irrevocablemente a FONDO EDUCATIVO DE AHORRO Y SERVICIO SOCIAL DE LOS EMPLEADOS Y SERVIDORES PÚBLICOS DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA - FEASSEC para solicitar a la empresa o empresas a las que actualmente o en un futuro me encuentre vinculado laborablemente y a quien me realice el pago de acuerdo a la legislación vigente, ARL o fondo de pensiones; debitar de mis salarios, prestaciones legales o extralegales, bonificaciones, indemnizaciones y en general cualquier ingreso futuro incluida la liquidación final de contrato, todas las obligaciones con FEASSEC, así como en caso de desvinculación laboral, solicitar el saldo de la cesantías vigentes en el fondo de cesantías en el que me encuentre afiliado con el fin de aplicarles al saldo de las obligaciones que queden a mi cargo, abonar a cualquiera de mis obligaciones las sumas que se encuentren en poder de FONDO EDUCATIVO DE AHORRO Y SERVICIO SOCIAL DE LOS EMPLEADOS Y SERVIDORES PÚBLICOS DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA - FEASSEC, totales como los aportes sociales, ahorros y en general de cualquier derecho económico del que sea titular en caso de retiro del Fondo de Empleados.

Autorizo permanente e irrevocablemente al pagador de la Empresa en la que laboro, para retener de mis ingresos los valores derivados de esta solicitud.

En caso de insolvencia me obligo a mantener el descuento de nómina de acuerdo con lo solicitado y aprobado aún en el evento del presente acuerdo por insolvencia.

No. Documento identidad

Firma

Huella

## USO EXCLUSIVO DE FEASSEC

RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO O RADICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN (Información de quién entrevista al asociado)		RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN	
Fecha y hora de diligenciamiento:		Fecha y hora de aprobación:	
Nombre:	C.C.	Nombre funcionario que verifica:	C.C.
Cargo:	Observaciones:	Estado solicitud: Aprobado _____ Rechazado _____	Nombre funcionario que aprueba:
Fecha de la entrevista:		Cargo de quién aprueba:	Observaciones:
Nombre funcionario que ingresa información al sistema:	Firma funcionario:	Firma aprobación	