

	FORMULARIO DE VINCULACIÓN DEL ASOCIADO (CLIENTE) ANEXO No. 5		
	FONDO DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR		
A. PERSONAS NATURALES			
Nombres y apellidos:		Número de identificación:	
Tipo de identificación: CC ☐ CE ☐ PASAPORTE ☐		Nacionalidad (Para CE o PAS)	
Fecha de expedición: dd mm año	Ciudad de nacimiento:	Fecha de nacimiento: dd mm año	
Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional: Si ☐ no ☐	Niños, niñas y adolescentes ☐ Mayores de 60 años ☐ Persona con discapacidad física, mental o sensorial ☐		
	Mujer cabeza de familia ☐ Víctima del conflicto armado ☐ Persona en condición de pobreza extrema ☐		
	Pueblos indígenas ☐ Población diversa / LGBTIQ ☐ Población Afrocolombiana ☐ ¿tro? Cúal?		
Dirección domicilio:		Departamento:	
Municipio:	Pais de residencia:	Zona Rural ☐ Urbana ☐	
Celular:	Fijo:	correo electrónico:	
Ocupación: Empleado ☐ Independiente ☐ Pensionado ☐ Hogar ☐ Otro ☐ Cúal?			
Si es empleado, nombre de la empresa donde labora:		Fecha de ingreso a la empresa: dd mm año	
Dependencia o sitio de trabajo:		Cargo:	
Tipo de contrato: Carrera administrativa ☐ Provisional ☐ Indefinido ☐ Fijo ☐ Prestación de servicios ☐			
Nivel educativo: Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Pregrado ☐ Especialización ☐ Maestría ☐			Profesión:
Si es independiente: Describir actividad económica		CIIU:	
¿Administra recursos públicos?	SI ☐ NO ☐		
¿Es una persona políticamente expuesta - PEP?	SI ☐ NO ☐		
DECLARACIÓN DE INGRESOS			
Ingresos mensuales:		\$	
Ingresos adicionales:	\$	Describa la actividad:	
* Los datos de activos, pasivos, patrimonio y otros, se deberán diligenciar en el formato dispuesto por FEBIFAM, al momento de solicitar un producto o servicio.			
B. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES			
☐ Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo al fondo de empleados para que la verifique. ☐ La organización podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999. ☐ Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad o para la utilización de un producto o servicio. ☐ Autorizo al fondo de empleados para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo y el uso de bases de consulta alternativas. ☐ Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal. Declaro que el origen de los recursos y demás activos proceden del giro ordinario de actividades lícitas. ☐ Autorizo las operaciones de libranza objeto de mi vinculación y en calidad de deudor o deudor solidario sobre todos los ingresos que perciba conforme al Decreto 1481 de 1989. ☐ Autorizo el uso de mis datos y los mecanismos de contacto que he reportado para el desarrollo de la relación contractual con FEBIFAM conforme a la Ley 1581 de 2012.			
FIRMA			HUELLA
C. BENEFICIARIOS AUXILIOS			
NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	% DE DISTRIBUCION	
FECHA DILIGENCIAMIENTO:		dd	mm año
C. ESPACIO PARA USO DEL FONDO DE EMPLEADOS			
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN			
FECHA VERIFICACION INFORMACION	dd	mm	año
DOCUMENTOS ANEXOS			
Fotocopia del documento de identificación			