

	FONDO DE EMPLEADOS DE DOCENTES Y TRABAJADORES DEPENDIENTES - FACREDIG Nit 800.074.482-6 FORMATO DE AFILIACIÓN	FOV - 01
		9/06/2026
	Página 1 de 4	

Diligencie todos los espacios de este formato, en letra legible, sin tachones ni enmendaduras, si no aplica por favor anule los espacios con una línea (No dejar espacios en blanco).

El presente Formato de Afiliación no compromete a FACREDIG a aceptar como Asociado al solicitante. Este documento se realiza ÚNICAMENTE para que se efectúe el respectivo estudio y su aceptación está sujeta al cumplimiento de las políticas internas del Fondo.

Ciudad de Diligenciamiento _____	Fecha <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO
DÍA	MES	AÑO		

1. DATOS BÁSICOS

Nombres y Apellidos _____								
Tipo Documento C.C. ☐ C.E. ☐	N° Documento _____	País Expedición _____						
Fecha Expedición <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	Lugar Expedición _____				
DÍA	MES	AÑO						
Nacionalidad _____	País Nacimiento _____	Sexo F ☐ M ☐ Otro ☐						
Fecha Nacimiento <table border="1"> <tr> <td>DÍA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO	Lugar Nacimiento _____				
DÍA	MES	AÑO						
Estado Civil Soltero ☐ Casado ☐ U. libre ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐	Ocupación Empleado ☐ Pensionado ☐							
Nivel Educativo Ninguno ☐ Profesional ☐	Primaria ☐ Posgrado ☐	Bachiller ☐ Maestría ☐	Técnico ☐ Doctorado ☐	Tecnología ☐ Posdoctorado ☐				

2. UBICACIÓN

País Domicilio _____	Ciudad Domicilio _____	Barrio o Vereda _____
Dirección Domicilio _____	Estrato _____	
Tipo Vivienda Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☐	Tipo de Ubicación Urbana ☐ Rural ☐	
Celular _____	WhatsApp _____	
Correo electrónico _____		

3. DATOS LABORALES

Empresa _____	Teléfono _____
Dirección _____	Barrio _____
Cargo Laboral _____	Ciudad Laboral _____
Tipo de Contrato _____	¿Administra Recursos Públicos? Si ☐ No ☐

4. INFORMACIÓN ECONÓMICA

Ingreso Mensual \$ _____ (Salario)	Gastos Mensuales \$ _____ (Servicios, cuotas créditos, alimentación, entre otros).
Otros Ingresos \$ _____ (Arriendos, Bonificaciones, Pensión, Horas Extras, entre otros)	Activos \$ _____ (Valor Total de Bienes)
Concepto de otros Ingresos: _____	Pasivos \$ _____ (Valor Total de Deudas)
¿Declara Renta? Si ☐ No ☐	¿Es una Persona Políticamente Expuesta ? PEP Si ☐ No ☐

En caso afirmativo por favor solicite y diligencie el Formato FOL-02 Conocimiento Ampliado - PEPS

	FONDO DE EMPLEADOS DE DOCENTES Y TRABAJADORES DEPENDIENTES - FACREDIG Nit 800.074.482-6	FOV - 01
		9/06/2026
	FORMATO DE AFILIACIÓN	Página 2 de 4

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: _____
- Tanto mi actividad profesional u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- Certifico que los recursos que se deriven del vínculo de asociado no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o para la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.
- No admitiré que terceros efectúen ninguna transacción a mi nombre con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

6. AHORRO PERMANENTE Y APOORTE

Este ahorro es obligatorio para pertenecer al Fondo de Empleados de Docentes y Trabajadores Dependientes - FACREDIG. Este porcentaje será tomado para todos los incrementos salariales incluyendo el anual, el cual se actualizará de forma automática. ** Mínimo el 5% máximo 10% del salario básico.	Porcentaje
--	---------------------------

7. REFERIDO

Por favor relacione el asociado que lo refirió:

Nombres y Apellidos _____ **N° Documento** _____

8. BENEFICIARIOS

1er NOMBRE	2do NOMBRE	1er APELLIDO	2do APELLIDO	NÚMERO DE DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO
					Día	Mes	Año	

9. REFERENCIAS

1 - Nombres y Apellidos		Celular	
2 - Nombres y Apellidos		Celular	

10. GRUPO CONECTADO

¿Tiene Usted algunos de los siguientes familiares asociados a FACREDIG? Si ☐ No ☐

Conyuge - Compañero ☐ Hermanos ☐ Cuñados ☐ Abuelos ☐ Nietos ☐ Hijastros ☐

Si marcó alguna de las opciones anteriores por favor diligencie la siguiente información:

1er APELLIDO	2do APELLIDO	1er NOMBRE	2do NOMBRE	PARENTESCO

11. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? Si ☐ No ☐ Tipo de operación _____

¿Posee cuentas en moneda extranjera? Si ☐ No ☐ País _____ Moneda _____

	FONDO DE EMPLEADOS DE DOCENTES Y TRABAJADORES DEPENDIENTES - FACREDIG Nit 800.074.482-6 FORMATO DE AFILIACIÓN	FOV - 01
		9/06/2026
		Página 3 de 4

12. AUTODECLARACION FACTA/CRS

¿Es residente fiscal en otro país diferente a Colombia? Si ☐ No ☐ ¿Cuál? _____ TIN _____

¿Es residente o ciudadano en EE.UU.? Si ☐ No ☐ Indique TIN/SSN _____

¿Nació en EE.UU.? Si ☐ No ☐ ¿Renunció a la ciudadanía? Si ☐ No ☐

¿Ha declarado impuestos o tiene obligación tributaria en otro país distinto a Colombia? Si ☐ No ☐ ¿Cuál? _____

¿Tiene una cuenta bancaria, inversión o propiedad registrada a su nombre en otro país? Si ☐ No ☐ ¿Cuál? _____

****Con el diligenciamiento de esta sección estoy suscribiendo una autocertificación en términos de las resoluciones 078 de 2020 (CRS) y 060 de 2015 (FATCA)**

13. OTROS

¿Mujer cabeza de familia? Si ☐ No ☐ Personas a cargo _____ Número de hijos _____

¿Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional? Si ☐ No ☐ En caso afirmativo por favor seleccione a qué grupo pertenece

Mayores de 60 años ☐ Niños, niñas y adolescentes ☐ Persona en condición de pobreza extrema ☐

Persona con discapacidad física, mental o sensorial ☐ Población diversa / LGBTQ+ ☐ Población Afrocolombiana ☐

Pueblos indígenas ☐ Víctima del conflicto armado ☐ Otro ☐ ¿Cuál? _____

14. AUTORIZACIONES

AUTORIZACIÓN DE REPORTE Y CONSULTA DE INFORMACIÓN COMERCIAL Y FINANCIERA:
 Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a FACREDIG o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con FACREDIG, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignen de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones. 3) Me comprometo a actualizar anualmente y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por FACREDIG. Me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a FACREDIG no utilizar o revocar mi información personal. Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. FACREDIG me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:
 Declaro que he sido informado: 1. Que El Fondo de Empleados de Docentes y Trabajadores Dependientes, en lo sucesivo, "FACREDIG", actuará directamente o a través de terceros como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales, y ha puesto a mi disposición diferentes mecanismos para informarme o comunicarme como son: la línea celular 3209627273, WhatsApp 3212042665 - 3156662459, los correos electrónicos institucionales con dominio @facredig.com, la información disponible en la página web: www.facredig.com, y las oficinas de la Sede Administrativa ubicada en la Carrera 23 No. 9-76 de la ciudad de San José del Guaviare con atención al público de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 4:00 p.m. y los sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m., para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de los derechos mencionados en esta autorización; 2. Mis datos serán tratados para fines precontractuales, contractuales, postcontractuales, comerciales, de atención al cliente y mercadeo, procesamiento, investigación, capacitación, acreditación, consolidación, organización, actualización, reporte, estadística, encuestas, tramitación, concursos y sorteos; 3. Mis derechos como titular del dato son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales. Estos derechos los puedo ejercer a través de los canales dispuestos por FACREDIG, para la atención al público y observando la Política de Tratamiento de datos personales de FACREDIG disponible en www.facredig.com link "Descarga de Formatos", 4. Es voluntario responder preguntas que eventualmente me sean hechas sobre datos sensibles o datos de menores de edad, y que éstos últimos serán tratados respetando sus derechos fundamentales e intereses superiores. Son Datos Sensibles, aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, por ejemplo la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, de derechos humanos así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.

Por medio de este documento otorgo autorización expresa del uso de los derechos de imagen que me reconocen la Constitución, la ley y demás normas concordantes a FACREDIG. La autorización se registrará por las normas legales aplicables y en particular para que haga uso y tratamiento de mis derechos de imagen para incluirlas sobre fotografías; procedimientos análogos a la fotografía; producciones Audiovisuales (Videos); así como de los Derechos de Autor; los Derechos Conexos y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen. La presente autorización de uso se otorga para ser utilizada en formato o soporte material en ediciones impresas, y se extiende a la utilización en medio electrónico, óptico, magnético, en redes (Intranet e Internet), mensajes de datos o similares y en general para cualquier medio o soporte conocido o por conocer en el futuro. La publicación podrá efectuarse de manera directa o a través de un tercero que se designe para tal fin. Los derechos aquí autorizados se dan sin limitación geográfica o territorial alguna. De igual forma la autorización de uso aquí establecida no implicará exclusividad, por lo que me reservo el derecho de otorgar autorizaciones de uso similares en los mismos términos en favor de terceros. FACREDIG se compromete a dar cumplimiento a la normatividad vigente sobre los derechos morales de autor, los cuales seguirán radicados en cabeza de su titular.

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a FACREDIG y a quien le sean cedidos los derechos, para tratar mis datos personales, con finalidad principal de contratación, ejecución y comercialización de los bienes y servicios del Responsable del Tratamiento, así como el contacto a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales. Me comprometo a conocer La Política de Tratamiento de la Información disponible en la página web: www.facredig.com.

Autorizo a FACREDIG a modificar o actualizar su contenido a fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de servicios o productos, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía o por correo electrónico.

La información del formato del cual forma parte la presente autorización la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIONES Y ENTREGA DE INFORMACIÓN
 Autorizo, permito y acepto, a través de mi firma, y a la fecha, el envío de información, notificaciones o comunicación oficial de FACREDIG, tales como información comercial, información de servicios, estados de cuenta, comunicaciones de cobro, recordatorio de cumplimiento de obligaciones, citaciones y demás que fuese pertinente por la relación como Asociado a FACREDIG, por medio de Llamadas telefónicas, Mensajes de Texto, Correo Electrónico, WhatsApp y Notificaciones Físicas. Igualmente, declaro que cualquier tipo de comunicación realizada por FACREDIG a través de medios electrónicos conserva la misma confiabilidad, trazabilidad y validez jurídica probatoria que los envíos realizados por medios físicos.

15. FIRMA

Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído, comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo :

 Firma Solicitante

	FONDO DE EMPLEADOS DE DOCENTES Y TRABAJADORES DEPENDIENTES - FACREDIG Nit 800.074.482-6	FOV - 01
		9/06/2026
	FORMATO DE AFILIACIÓN	

16. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

► Formato de Afiliación FOV-01 debidamente diligenciado y firmado	Si ☐	No ☐	Pendiente ☐
► Fotocopia legible del documento de identidad	Si ☐	No ☐	Pendiente ☐
► Desprendible de pago del último mes	Si ☐	No ☐	Pendiente ☐
► Constancia o contrato de trabajo (Si es afiliación nueva)	Si ☐	No ☐	Pendiente ☐
► Copia del RUT	Si ☐	No ☐	Pendiente ☐
► Copia del Permiso Especial de Permanencia - PEP (Si es Extranjero)	Si ☐	No ☐	Pendiente ☐

ESPACIOS PARA USO EXCLUSIVO DE FACREDIG

17. RADICADO Y VERIFICACIÓN

Funcionario que recibe: _____	Fecha	DÍA	MES	AÑO
Funcionario que verifica: _____	Fecha	DÍA	MES	AÑO
Observaciones: _____				

18. CONFIRMACIÓN DE REFERENCIAS

Funcionario que Confirma: _____		Fecha	DÍA	MES	AÑO	Hora	_____
Ref. 1	¿Atendió la llamada? Si ☐ No ☐	¿Confirma lugar de residencia? Si ☐ No ☐	¿Confirma lugar de Trabajo? Si ☐ No ☐	¿Hace cuánto conoce al solicitante? _____			
Ref. 2	¿Atendió la llamada? Si ☐ No ☐	¿Confirma lugar de residencia? Si ☐ No ☐	¿Confirma lugar de Trabajo? Si ☐ No ☐	¿Hace cuánto conoce al solicitante? _____			

19. VERIFICACIÓN OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

Entidad Verificada	Resultado de la Consulta	Observaciones
Consulta Efectiva (Coopcentral)	Con novedad ☐ Sin Novedad ☐	
Antecedentes Fiscales (Contraloría)	Con novedad ☐ Sin Novedad ☐	
Antecedentes Disciplinarios (Procuraduría)	Con novedad ☐ Sin Novedad ☐	
Antecedentes Judiciales (Policía Nacional)	Con novedad ☐ Sin Novedad ☐	
Medidas Correctivas (Policía Nacional)	Con novedad ☐ Sin Novedad ☐	

Observaciones adicionales: _____

Firma Oficial de Cumplimiento: _____ Fecha

DÍA MES AÑO

20. DECISIÓN JUNTA DIRECTIVA

Fecha	DÍA	MES	AÑO	Hora	Nº Acta	Aceptado ☐	Rechazado ☐
Observaciones: _____							
Nombre del Secretario Junta Directiva				Firma			