| | | |
|---|---|---|
| | **FONDO DE EMPLEADOS DE DOCENTES Y TRABAJADORES DEPENDIENTES - FACREDIG**<br>**Nit 800.074.482-6**<br>**FORMATO DE AFILIACIÓN** | **FOV - 01**<br>**16/06/2025**<br>**Página 1 de 3** |

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** DÍA | MES | AÑO

**Porcentaje de aportes** 5% ◯ 10% ◯ **Tipo de Afiliación** Nueva ◯ Reingreso ◯

## 1. INFORMACIÓN BÁSICA

**Nombres y Apellidos** _____

**Tipo Documento** C.C. ◯ C.E. ◯ **N° Documento** _____ **Nacionalidad** _____

**Dirección Domicilio** _____ **Barrio** _____ **Estrato** _____

**Tipo Vivienda** Propia ◯ Arrendada ◯ Familiar ◯ **Ciudad Residencia** _____

**Celular** _____ **WhatsApp** _____

**Correo electrónico** _____

**Fecha Nacimiento** DÍA | MES | AÑO **Lugar Nacimiento** _____

**Fecha Expedición** DÍA | MES | AÑO **Lugar Expedición** _____

**Estado Civil** Soltero ◯ Casado ◯ U. libre ◯ Divorciado ◯ Viudo ◯ **Personas a Cargo** _____

**Nivel Educativo** Ninguno ◯ Primaria ◯ Bachiller ◯ Técnico ◯ Tecnología ◯
Profesional ◯ Posgrado ◯ Maestría ◯ Doctorado ◯ Posdoctorado ◯

## 2. DATOS LABORALES

**Empresa** _____ **Teléfono** _____

**Dirección** _____ **Barrio** _____ **Fecha Ingreso** DÍA | MES | AÑO

**Fondo de Cesantías** _____ **Cargo Laboral** _____

**Fondo de Pensión** _____ **Tipo de Contrato** _____

**Salud (EPS)** _____ **Ciudad Laboral** _____

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

**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) **$** _____

Declaro que el origen de fondos o recursos con los que realizo las operaciones en FACREDIG provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ 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.

## 4. ACTIVIDAD ECONÓMICA

**Código CIIU** _____ **¿Responsable de IVA?** Si ◯ No ◯ **¿Administra Recursos Públicos?** 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**

## 5. GRUPO DE PROTECCIÓN ESPECIAL

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

Mujer cabeza de familia ◯ Mayores de 60 años ◯ Niños, niñas y adolescentes ◯ Persona en condición de pobreza extrema ◯

Persona en condición de pobreza extrema ◯ Persona con discapacidad física, mental o sensorial ◯ Población diversa / LGBTIQ+ ◯

Población Afrocolombiana ◯ Pueblos indígenas ◯ Víctima del conflicto armado ◯ Otro ◯ Cúal? _____

## 6. BENEFICIARIOS Y DESIGNACIÓN DE LOS AHORROS EN CASO DE FALLECIMIENTO

| 1er NOMBRE | 2do NOMBRE | 1er APELLIDO | 2do APELLIDO | NÚMERO DE DOCUMENTO | SEXO | | FECHA DE NACIMIENTO | | | PARENTESCO | % BENEFICIO AH |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | F | M | Día | Mes | Año | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

## 7. 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 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 8. REFERENCIAS

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1 - Nombres y Apellidos** | | **Celular** | |
| **2 - Nombres y Apellidos** | | **Celular** | |

## 9. REFERIDO

Por favor relacione el asociado que lo refirió:

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

## 10. 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 consignan 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 de atención 5840318, el correo electrónico facredig@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 regirá por las normas legales aplicables y en particular para que haga uso y tratamiento de mis derechos de imagen para incluirlos 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.

## 11. 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

## 12. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

| AFILIACIONES NUEVAS | REINGRESOS |
|---|---|
| ► Formato de Afiliación FOV-01 debidamente diligenciado y firmado | ► Formato de Afiliación FOV-01 debidamente diligenciado y firmado |
| ► Fotocopia legible del documento de identidad | ► Fotocopia legible del documento de identidad |
| ► Desprendible de pago del último mes | ► Desprendible de pago del último mes |
| ► Constancia de trabajo | ►Copia del RUT |
| ► Fotocopia del contrato laboral **(Si es O.P.S.)** | ►Copia del Permiso Especial de Permanencia - PEP **(Si es Extranjero)** |
| ►Copia del RUT | |
| ►Copia del Permiso Especial de Permanencia - PEP **(Si es Extranjero)** | |

**ESPACIOS PARA USO EXCLUSIVO DE FACREDIG**

## 13. RADICADO Y VERIFICACIÓN

Funcionario que recibe: _____ Fecha | DÍA | MES | AÑO |

Funcionario que verifica: _____ Fecha | DÍA | MES | AÑO |

Observaciones: _____

## 14. 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? |

Observaciones: _____

## 15. DECISIÓN JUNTA DIRECTIVA

Fecha | DÍA | MES | AÑO | Hora _____ N° Acta _____ Aceptado ◯ Rechazado ◯

Observaciones: _____

_____ _____

Nombre del Secretario Junta Directiva Firma