



Formato de vinculación y/o actualización de datos del asociado

Código: FT-DC-06

Versión: 08

Fecha: 30/12/2025

Asociado nuevo Actualización de datos

Día	Mes	Año

Si es actualización de datos no diligenciar los puntos 5 y 6

1. Información Personal			
Nombres y Apellidos:		Nº Documento:	Documento: CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>
Fecha de expedición AAAA / MM / DD		Fecha Nacimiento AAAA / MM / DD	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Estado Civil		Profesión	
Lugar de nacimiento			
Municipio:	Departamento:		País:
Dirección de Residencia		Departamento	Municipio
E-mail Personal		Teléfono Residencia	Teléfono Celular
Es declarante SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
CIU (Actividad Económica)			
Asalariado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual:			
La información proporcionada en el numeral 2 de este formulario se utilizará para cumplir los requisitos fiscales aplicables a nivel internacional o en atención a tratados de intercambio de información tributaria con otros países.			
2. Residencia Fiscal otros países LEY CRS y FATCA			
¿Es usted residente fiscal de cualquier otro país distinto a Colombia, para fines fiscales?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si respondió afirmativamente, indique estos otros países: _____, _____, _____, _____			
Indique su número de identificación tributaria en cada país en el mismo orden del punto anterior _____, _____, _____, _____			
** Con el diligenciamiento de esta sección estoy suscribiendo una auto certificación en términos de las resoluciones 078 de 2020 (CRS) y 060 de 2015 (FATCA).			
ACTUALIZACION DE INFORMACIÓN- EI ASOCIADO se obliga a partir de la fecha de su vinculación, a actualizar anualmente la información suministrada por él al momento de la asociación, de conformidad con las disposiciones legales vigentes, sus adiciones o modificaciones.			
3. Información Laboral			
Empresa o Filial	Tipo de vinculación		Area o Dependencia para la que labora
	Fijo <input type="checkbox"/>	Indefinido <input type="checkbox"/>	
Cargo Actual	Fecha de vinculación: AAAA / MM / DD	Email Empresa:	
Dirección completa	Departamento	Municipio	



Formato de vinculación y/o actualización de datos del asociado

Código: FT-DC-06

Versión: 08

Fecha: 30/12/2025

Teléfono Oficina _____ ext. _____		Modalidad Salarial Ordinaria <input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/>		Sin vínculo laboral <input type="checkbox"/> Pensionado o jubilado <input type="checkbox"/>	
4. Información Financiera					
Ingreso mensual \$		Otros ingresos (Diferente al salario) \$		Promedio mensual egresos \$	
Indique fuente de otros ingresos:					
Total Activos \$		Total Pasivos \$		Patrimonio (total Activos - total Pasivos) \$	
Banco:		Tipo De cuenta			
Nro. Cuenta:		Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Deposito Electrónico <input type="checkbox"/>			
5. Operaciones en moneda extranjera					
Realiza operaciones en moneda extranjera: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Posee cuentas en moneda extranjera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Moneda:	Banco:
¿Cuáles?		Nro. Cuenta:	Ciudad:	Pais:	
6. Selección de productos					
Aportes Obligatorios					
Aporte Social y Ahorro Permanente		\$	Mínimo \$ 52.527 máximo 10% de su salario		
Aportes Voluntarios					
Ahorro Natillero		\$	Mínimo \$ 10.000 mensual		
Ahorro Rentabilidad		\$	Mínimo \$ 10.000 mensual		
Ahorro Educativo		\$	Mínimo \$ 30.000 mensual		
Renta Prima Junio		\$	Mínimo \$ 150.000 semestral		
Renta Prima Diciembre		\$	Mínimo \$ 150.000 semestral		
Bolsillo viajero		\$	Mínimo \$ 50.000 mensual		
Ahorro Impuestos		\$	Mínimo \$ 50.000 mensual		
Ahorro FlexiAhorro		\$	Mínimo \$ 10.000 mensual		
Nombre niño (a):		Natillerito	\$	Mínimo \$ 10.000 mensual	
6. Preguntas					
Relacione la razón más importante por la cual usted se vinculó al FEC					
Por los créditos____, por los ahorros____, por los seguros____, por los centros vacacionales____, poder continuar cuando esté jubilado____, otro, ¿cuál? _____					
¿Cómo se enteró del FEC?					
Por un Promotor del FEC____. ¿Cuál? _____, por un compañero de trabajo____, otro____cuál? _____					
Referidos					
Si____No____ Cédula del referido_____					



Formato de vinculación y/o actualización de datos del asociado

Código: FT-DC-06

Versión: 08

Fecha: 30/12/2025

7. Información PEP (Personas Expuestas Políticamente)

- A. ¿Maneja usted recursos públicos o es persona expuesta políticamente? SI_____NO __
- B. ¿Tienen usted poder de disposición sobre recursos públicos? SI_____NO _____
- C. ¿Se le ha confiado una función pública prominente en una organización internacional o en el Estado? SI_NO _
- D. ¿Goza usted de reconocimiento público? SI_NO _____
- E. ¿Es usted familiar de alguna persona políticamente expuesta? SI____NO_
Cónyuges o compañeros permanentes y familiares hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad. Especificar en caso afirmativo:

8. Autorizaciones

Al solicitar mi ingreso como asociado(a) al Fondo de Empleados de Bancolombia S.A. y Filiales -FEC, acepto el estatuto, reglamentos y demás normas que lo rigen.

Autorizaciones:

- Autorizo a mi actual y futuro pagador, donde labore o llegare a laborar para descontar de mi nómina quincenal o mensual, el valor de la cuota para aportes, ahorros, créditos y otros servicios con el FEC, así mismo autorizo al FEC para recaudar los valores correspondientes a los servicios, tales como pólizas de seguros, servicios funerarios, entre otros, ofrecidos en su portafolio de servicios.
- Autorizo al FEC para que, en caso de retiro del Fondo o de terminación del contrato de trabajo con Grupo Cibest S.A., con sus sociedades subordinadas o con las demás sociedades en las cuales existe el vínculo asociativo con el Fondo, abone la totalidad de mis ahorros a las obligaciones vigentes con el Fondo. Adicionalmente, en caso de existir remanentes sin cancelar, lo autorizo a retener dicho valor del fondo de cesantía a mi nombre, o de los recursos administrados por el Plan Institucional Mutuo Colombia administrado por Protección S. A.”.
- En el momento del retiro del Fondo, autorizo el débito de todas mis obligaciones vigente del número de cuenta (ahorros o corriente) especificada en el numeral 3. Información Financiera del presente formulario.
- Autorizo al FEC para que, con fines de información financiera, reporte, consulte, registre y circule información a las entidades de consulta de base de datos o a cualquier entidad vigilada por las Superintendencias sobre saldos a mi cargo, operaciones de crédito, estado de las obligaciones y manejo del crédito, que bajo cualquier modalidad me hubiera otorgado o me otorguen en el futuro.
- Declaro que los recursos entregados al Fondo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano y autorizo al FEC para que me consulte en los listados vinculados con el lavado de activos y financiación del terrorismo LA/FT.
- Declaro expresamente que conozco las políticas para el tratamiento de datos personales vigentes en el FEC y los derechos que tengo como titular de la información, así mismo, autorizo al FEC para realizar el tratamiento de mis datos personales, actividad que incluye, la recolección, almacenamiento, actualización, uso, circulación, transmisión, transferencia y supresión, en los términos de la Ley 1581 de 2012 y acepto expresamente que mis datos personales sean utilizados para que el FEC pueda cumplir con sus derechos y obligaciones como Fondo de Empleados, y para que cumpla con el objeto estipulado en su estatuto, directamente o con el apoyo de terceros, con quienes se podrá compartir la información suministrada. Además, autorizo que, por medio de WhatsApp, correo electrónico, Teams, número de celular, mensajes de texto, entre otros, el FEC me pueda contactar en los términos de la Ley 2300 de 2023.



Formato de vinculación y/o actualización de datos del asociado

Código: FT-DC-06

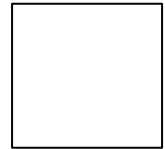
Versión: 08

Fecha: 30/12/2025

- Autorizo al FEC a enviarme información de los diferentes productos y servicios ofrecidos en su Portafolio, a través de mensajes de texto, correos electrónicos, entre otros, adicionalmente autorizo al FEC a proporcionar información a las diferentes compañías de seguros y corredores, para el ofrecimiento de su portafolio y convenios que posee el Fondo de Empleados para el bienestar del asociado y su grupo familiar. Sí ____ No

FIRMA: _____

CC _____



Huella

Debe adjuntar los siguientes documentos

Fotocopia del documento de identificación

Constancia de ingresos (colilla de pago, certificación de ingresos y retenciones)

Declaración de renta del último período gravable

Espacio para uso del FEC para ser diligenciado por el funcionario, intermediario o asesor que realizó la entrevista y por el responsable de la verificación de la información.

Nombre del funcionario que realizó la entrevista	Firma	Fecha
Observacion:		

Nombre del funcionario que realizó la verificación	Firma	Fecha
Observacion:		

Medellín: Carrera 43A # 1A sur-69 oficina 202 edificio Tempo, teléfono: (4) 311 06 33 Fax: (4) 266 62 93
Medellín: Sede Dirección General Torre sur local 108, teléfonos 232 70 81 y 232 73 98.
Bogotá: Calle 28 No. 13A -75 Piso 14° Edificio Atrio, teléfono: (1) 488 60 00 ext. 15944
www.fec.com.co Medellín -Colombia



Formato de vinculación y/o actualización de datos del Asociado

Código: FT-DR-
SARLAFT-06
Versión: 06
Fecha: 02/01/2025