



| | | | | | | |
|--|------------------------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|
| Afiliación <input type="checkbox"/> | Fecha DILIGENCIAMIENTO | | | Fecha Ingreso EMPRESA | | |
| Actualización <input type="checkbox"/> | DÍA | MES | AÑO | DÍA | MES | AÑO |

I. INFORMACIÓN PERSONAL

| | | | | | | | | |
|--|---|------------------------------------|--|---|---|----------------------|-----|--------|
| Nombres: | | | | Apellidos: | | | | |
| Documento No. | Tipo | CC | CE | Fecha y Lugar de Expedición del Documento | DÍA | MES | AÑO | CIUDAD |
| Fecha y Lugar de Nacimiento: | DÍA | MES | AÑO | CIUDAD | Nacionalidad | Personas a Cargo | | |
| Estado Civil: | Soltero(a) <input type="checkbox"/> | Casado(a) <input type="checkbox"/> | Separado(a) <input type="checkbox"/> | Viudo(a) <input type="checkbox"/> | Unión Libre <input type="checkbox"/> | Sexo | F | M |
| Dirección: | Barrio: | | | Ciudad: | | | | |
| Departamento: | Telefono Fijo: | | | Celular: | | Estrato: | | |
| E-mail: | Nivel de Escolaridad: | | | | | | | |
| Empresa: | Cargo: | | | Salario: | | Negocio/Dependencia: | | |
| AUTORIZO DESCONTAR DE MI SALARIO: Porcentaje mensual 7% _____ 8% _____ 9% _____ 10% _____ más del 10% ¿Cuánto? _____ | | | | | | | | |
| Intereses: | Cine <input type="checkbox"/> | Teatro <input type="checkbox"/> | Conciertos y Espectaculos <input type="checkbox"/> | Suscripciones <input type="checkbox"/> | Gimnasio <input type="checkbox"/> | | | |
| Tiene Vivienda Propia | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Es Financiada | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Entidad: | | |
| Tiene Vehículo Propio | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Es Financiado | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Entidad: | | |
| Tiene Seguros de Vida | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Entidad: | | | | | |
| Desea tomar el Seguro Exequial de Jardines de Paz | | | | | | | | |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Tiene Créditos con Entidades del sector Financiero? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la Respuesta es Sí, Entre 0 y 5 <input type="checkbox"/> Entre 5 y 10 <input type="checkbox"/> en que rango (en Millones) Entre 10 y 20 <input type="checkbox"/> Más de 20 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Tiene algún tipo de Negocio propio: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Le gustaríatenerlo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cúal es su idea de Negocio?: | | | | | | | | |
| Si en los últimos dos (2) años usted. | ¿Por su cargo o actividad, manejó recursos públicos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | ¿Por su cargo o actividad, ejerció algún grado de poder público? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | |
| | ¿Por su actividad u oficio, gozó usted de reconocimiento público general? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | ¿Tiene Familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por favor especifique: | | | | | | | |

| | |
|---------------------|-----------------------------|
| Ingresos Mensuales: | Activos: |
| Egreso Mensual: | Pasivos: |
| Otros Ingresos: | Concepto de otros ingresos: |

II. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

| | | |
|---|---|---|
| ¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Importaciones <input type="checkbox"/> | Productos financieros en el Exterior <input type="checkbox"/> |
| | Exportaciones <input type="checkbox"/> | Pago de servicios <input type="checkbox"/> |
| | Inversiones <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> |
| | Transferencias <input type="checkbox"/> | ¿Cual? |
| Tipo de Producto | Identificación o número del Producto | |
| Entidad | Monto | |
| Ciudad | País | |
| Moneda | | |



III. INFORMACIÓN FAMILIAR

INFORMACIÓN CÓNYUGE

| Nombres y Apellidos | Fecha de Nacimiento | Edad | Nivel Escolar |
|---------------------|---------------------|------|---------------|
| | | | |

INFORMACIÓN HIJOS

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |

BENEFICIARIOS

| Nombres y Apellidos | Identificación | Fecha de Nacimiento | | | Parentesco | % Autorizado |
|---------------------|----------------|---------------------|-----|-----|------------|--------------|
| | | DÍA | MES | AÑO | | |
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |

En caso fortuito o fuerza mayor el Fondo de Empleados de Supertiemendas y Droguerías Olímpica S.A. - FESOL - hará entrega a sus beneficiarios dentro de los términos establecidos en los estatutos y de acuerdo a la normatividad legal vigente (Decreto 564 de 1996 y Decreto 2349 de 1965) los saldos a favor en razón de su asociación. Es responsabilidad del asociado mantener actualizada la información de sus beneficiarios.

IV. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Autorizo con mi firma al pagador, para que deduzca de mi salario, prestaciones sociales, bonificaciones o cualquier otro ingreso que devengue, el valor de las cuotas de aportes ordinarios y extraordinarios, créditos, servicios o cualquier otro compromiso adquirido con FESOL.

Así mismo autorizo a FESOL- para:

- Consultar y reportar en las centrales de riesgo, mi comportamiento crediticio pasado, presente y futuro.
- Como responsable y encargado del tratamiento de datos personales, para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria y debidamente informada, permita a FESOL, recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar, compartir, transmitir, transferir a terceros, disponer de los datos que han sido suministrados y que se suministren, y que se han incorporado o se incorporen en distintos archivos, bases o bancos de datos. Esta información es y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias de FESOL.
- FESOL en los términos dispuestos por el artículo 10 del decreto 1377 de 2013 queda autorizado de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar toda su información, a no ser que manifieste lo contrario de manera directa, expresa, inequívoca y por escrito a la cuenta de correo electrónico dispuesta para tal efecto: protecciondedatosfesol@olimpica.com.co
- Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad y ocupación.
- No admitiré que terceros vinculen mi actividad con dineros, recursos o activos relacionadas con el delito de lavado de activos o destinados a la financiación del terrorismo.
- Eximo a FESOL, 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.
- Autorizo a FESOL, para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario.
- Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en FESOL tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas.
- No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo.

Yo _____ identificado como aparece al pie de mi firma, declaro que la información aquí consignada es cierta

y que mis ingresos son producto de: _____, y que dichos ingresos provienen de actividades lícitas. Igualmente acepto actualizar anualmente los datos reportados en este formulario y los demás que FESOL considere necesarios.

CAMPO EXCLUSIVO PARA USO DE FESOL

| Registro de Entrevista | Verificación de Información | Listado de Documentos |
|-------------------------|-----------------------------|---|
| NOMBRE EMPLEADO: | NOMBRE EMPLEADO: | Obligatorio |
| FIRMA: | FIRMA: | - Fotocopia Cédula <input type="checkbox"/> |
| FECHA: | FECHA: | Opcional |
| | | - Registro Civil Hijos <input type="checkbox"/> |
| | | - Fotocopia Cedula Beneficiarios <input type="checkbox"/> |
| | | - Fotocopia Documento Id Hijos <input type="checkbox"/> |

Firma y Cédula del Solicitante

HUELLA