



FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL ASOCIADO Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONA NATURAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO

AFILIACIÓN

ACTUALIZACIÓN

1. INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NUJP		N.º _____	
FECHA DE EXPEDICIÓN	<input type="text" value="DÍA"/> <input type="text" value="MES"/> <input type="text" value="AÑO"/>	SEXO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text" value="DÍA"/> <input type="text" value="MES"/> <input type="text" value="AÑO"/>	LUGAR DE NACIMIENTO _____	
ESTADO CIVIL _____	PERSONAS A CARGO _____	No. DE HIJOS _____	
NIVEL DE ESTUDIOS: <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO	<input type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> ESPECIALIZACIÓN <input type="checkbox"/> OTRO	¿CUÁL? _____	
PROFESIÓN _____	¿HA REALIZADO CURSOS DE COOPERATIVISMO?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DIRECCIÓN RESIDENCIA _____	BARRIO _____	ESTRATO _____	TELÉFONO _____
CELULAR _____	CIUDAD _____	DEPTO. _____	E-MAIL _____

2. INFORMACIÓN LABORAL

OCUPACIÓN	<input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> FUNCIONARIO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> OTRO _____
NOMBRE DE LA EMPRESA PARA LA CUAL TRABAJA: _____	
FECHA DE INGRESO	<input type="text" value="DÍA"/> <input type="text" value="MES"/> <input type="text" value="AÑO"/> TIPO DE CONTRATO _____
CARGO _____	DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____
DEPTO. _____	TELÉFONO _____ MANEJA RECURSOS PÚBLICOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Es usted una persona públicamente expuesta (funcionarios públicos de alta jerarquía)?	
DIRECCIÓN ENVÍO CORRESPONDENCIA: Domicilio <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Otra _____	

3. INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

INFORMACIÓN FINANCIERA AL

INGRESOS MENSUALES	Sueldo o pensión	\$ _____	ACTIVOS	Inmuebles	\$ _____
	Honorarios	\$ _____		Vehículos	\$ _____
	Otros	\$ _____		Otros	\$ _____
	Egresos mensuales	\$ _____		Pasivos (Deudas)	\$ _____
Detalle de los ingresos: _____					
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/>					
V/R. COMERCIAL \$ _____ HIPOTECA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A FAVOR DE _____					
POSEE VEHÍCULO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MARCA _____ MODELO _____ PLACA _____ TIPO _____					
PRENDA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A FAVOR DE _____ V/R. COMERCIAL \$ _____					

4. GRUPO FAMILIAR

TIPO DOC.	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES COMPLETOS	PARENTESCO	% BENEFICIARIO

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A LA CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera expresa e irrevocable al Fondo de Empleados del Instituto Nacional de medicina Legal y Ciencias Forenses para consultar, procesar, reportar, suministrar, ratificar y actualizar en cualquier momento la información relacionada con mi comportamiento como asociado, a la Central de Información Financiera CIFIN o a cualquier otra central de información autorizada por la ley. Autorizo de manera expresa e irrevocable, para verificar la información contenida en el presente documento y las solicitudes de crédito que presente a FEDIMEL. Así mismo declaro que la información contenida en este documento no podrá ser utilizada por terceros en calidad de publicidad o cualquier clase de actividad comercial diferente a las contratadas por servicios con FEDIMEL.

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión 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.
2. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS POR NÓMINA

Autorizo al pagador de la Entidad en la que presto mis servicios y/o soy pensionado, para que descuente el _____% (mínimo el 5% y máximo el 10%), sobre mi sueldo para ahorros y aportes con destino a FEDIMEL.

FIRMA DEL SOLICITANTE
NOMBRE:
C.C.



Huella índice derecho

FIRMA DEL PAGADOR

PARA USO EXCLUSIVO DE FEDIMEL

APROBACIÓN

Fecha de aprobación de ingreso

Funcionario que confirma la información

Registro en Acta No.

Fecha aplicado en sistemas

DOCUMENTOS ANEXOS: fotocopia ampliada de la cédula

Certificación laboral

Desprendible de pago