

FORMULARIO DE ASOCIACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN

VERSIÓN 10-2019



EXCLUSIVO PFEVIVA										
FECHA DILIGENCIAMIENTO			PRIMER INGRESO <input type="checkbox"/>		SEGUNDO INGRESO <input type="checkbox"/>			TERCER INGRESO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ASOCIACIÓN
DD	MM	AAAA	1ra. Fecha Retiro: DD MM AAAA		2da. Fecha Retiro: DD MM AAAA				<input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN DATOS	

DATOS PERSONALES									
Primer apellido			Segundo apellido			Nombres			
Tipo documento de identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>		No. de identificación		Lugar de expedición		Fecha de Expedición DÍA MES AA		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nacionalidad
Fecha de nacimiento DÍA MES AÑO		Lugar		Departamento		Estado civil Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>		Soltero <input type="checkbox"/>	Mujer cabeza de familia <input type="checkbox"/>
Dirección residencia			Barrio		Ciudad		Teléfono		Celular
Ocupación			E-mail personal			Tipo de vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Estrato			
No. Cuenta			Banco			Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>			

INFORMACIÓN LABORAL Y ACADEMICA									
Profesión, ocupación, oficio			Entidad donde labora		Dependencia		Ciudad		Localidad
Cargo		Dirección de la Compañía			Teléfono		Extensión	E-mail	
Tipo de contrato <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo		Otro Cuál?	Fecha vencimiento contrato DÍA MES AA		Salario Ordinario <input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/>		Código de nómina		Fecha de ingreso a la Compañía DÍA MES AA
Nivel de Escolaridad <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria		<input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo	<input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Especialización	<input type="checkbox"/> Otra Cuál: _____		Código CIU			

DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE (PEP)									
¿Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos veinticuatro (24) meses cargos o actividades en los cuales:									
¿Maneje recursos públicos o tengan poder de disposición sobre éstos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					¿Tiene o goza de reconocimiento público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
¿Tiene grado de poder público o desempeña una función pública prominente o destacada en el estado relacionada con alguno de los cargos descritos en el decreto 1674 de 2016?								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente?								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE									
Tipo de documento de identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E.		No. identificación			Celular				
Primer nombre			Segundo nombre		Primer apellido			Segundo apellido	
Empresa donde labora				Dirección empresa				Teléfono	

INFORMACIÓN FINANCIERA									
Ingresos					Egresos				
Activos					Pasivos				
Otros ingresos					Especificar				
¿Es Declarante? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
Realiza transacciones en Moneda extranjera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Cuáles						
¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Banco				No. de cuenta		
Moneda			Ciudad				País		

PERSONAS A CARGO

Nombre y apellidos	No. de identificación	Fecha nacimiento	Parentesco
1		DÍA MES AA	
2		DÍA MES AA	
3		DÍA MES AA	
4		DÍA MES AA	
5		DÍA MES AA	

Tiene seguro exequial? SI NO Sí su respuesta es sí diligencie formato anexo y autorice descuento correspondiente. Desea afiliarse? SI NO

REFERENCIAS

FAMILIAR	Nombre	Teléfono
	Parentesco	Celular
PERSONAL	Nombre	
	Parentesco	Teléfono

BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento delego como beneficiario del saldo de aportes, ahorros a las siguientes personas

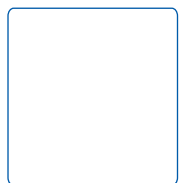
APELLIDOS Y NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	FECHA NACIMIENTO	SEXO	PARENTESCO	DIRECCIÓN	%
1			M F			
2			M F			
3			M F			
4			M F			
5			M F			

* Es de aclarar que las personas relacionadas en el cuadro anterior, son los directos beneficiarios de los auxilios que se lleguen a otorgar por mi fallecimiento. Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos a PFEVIVA, con el fin de cumplir con las disposiciones señaladas en su Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo:

1. Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad y ocupación.
2. 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.
3. Eximo a PFEVIVA, de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa ó errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soporten mis afirmaciones.
4. Autorizo a PFEVIVA, para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario.
5. Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en PFEVIVA tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas.
6. No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo.
7. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice, suministrando la información documental exigida por PFEVIVA para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

En caso de aprobarse mi ingreso autorizo al Departamento de Nómina de _____ para que realice los descuentos por concepto de aportaciones por valor de \$ _____, (entre el 3 y 10% del salario básico mensual o del 70% sí es salario integral) los cuales serán registrados: 70% en mi cuenta de ahorros permanentes y el 30% en mi cuenta de aportes sociales a partir de _____ y futuras obligaciones que contraiga con PFEVIVA.

C.C.
FIRMA DEL ASOCIADO



HUELLA ÍNDICE DERECHO

REQUISITOS

- FOTOCOPIA LEGIBLE DOCUMENTO DE IDENTIDAD AL 150%.
- DESPRENDIBLE DE PAGO DEL ÚLTIMO MES.
- DESPRENDIBLE DE PAGO MESADA PENSIONAL DEL ÚLTIMO MES (EN CASO DE SER PENSIONADO).

SELLO RADICADO

INFORMACIÓN ENTREVISTA

RESULTADO ACEPTADO NO ACEPTADO

FIRMA
OBSERVACIONES

FECHA _____ HORA _____
LUGAR

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

NOMBRE

FIRMA
OBSERVACIONES

FECHA _____ HORA _____
LUGAR