



FORMULARIO DE AFILIACIÓN

Código Formato
001-2024

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres y Apellidos:		Número de identificación:					
Fecha de nacimiento:	TIPO	RC	CC	TI	CE	PAS	
Lugar de nacimiento:	Fecha de expedición			Lugar de expedición			
Ciudad de residencia:							
Dirección domicilio:	Tipo Vivienda:	Estrato:			Estado civil:		
Correo electrónico Personal:							
Correo electrónico Corporativo:							
Teléfono fijo:			Celular:				
Nombre de la empresa donde labora:			Tipo de contrato:				
Cargo:			Tipo de Nomina: Mensual ()		Quincenal ()		
Fecha de ingreso a la compañía:			Dirección Trabajo:				
Departamento:			Ciudad:				
Sede:			Profesión:				
Banco:	Tipo de Cuenta	Ah ()	Cte ()	No. Cuenta Bancaria			
¿Administra recursos públicos?				SI	NO		
Identifique si el solicitante es una PEP (Persona Expuesta Públicamente)				SI	NO		

INFORMACION FINANCIERA (\$)

Ingresos mensuales derivados de su actividad principal	\$
Otros ingresos (especificar):	\$
*	\$
*	\$
*	\$
Egresos mensuales	\$
Total activos	\$
Total pasivos	\$
Total patrimonio	\$

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza operaciones en moneda extranjera?	SI ()	NO ()	CUALES	
¿Posee cuentas en moneda extranjera?	SI ()	NO ()	BANCO	
			Nº DE CUENTA	
			MONEDA	
			CIUDAD	PAIS

CUOTA DE AHORRO

AHORRO OBLIGATORIO:	4,5% ()	AHORRO VOLUNTARIO	
---------------------	----------	-------------------	--

El ahorro obligatorio puede ser definido en pesos (\$) ó en porcentaje (%)

BENEFICIARIOS

No. Documento	Nombre Completo	Parentesco	Edad:
No. Documento	Nombre Completo	Parentesco	Edad:
No. Documento	Nombre Completo	Parentesco	Edad:
No. Documento	Nombre Completo	Parentesco	Edad:

*La Organización podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.

Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo al Fondo de la Sociedad Bíblica Colombiana - FESBICOL identificado con NIT 900.163.299-9 para que la verifique.

Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite FESBICOL

Autorizo a la entidad para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo.

Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal. "declaro que el origen de los recursos y demás activos proceden del giro ordinario de actividades lícitas".

NOMBRE COMPLETO_____
No. DOCUMENTO_____
FIRMA_____
HUELLA

FECHA DILIGENCIAMIENTO

dd mm año

*FESBICOL podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.

ESPACIO PARA USO DE FESBICOL

OBSERVACIONES	
FECHA DE REALIZACION ENTREVISTA	
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA ENTREVISTA	FIRMA
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	FIRMA
FECHA VERIFICACION INFORMACION	

DOCUMENTOS ANEXOS

Fotocopia del documento de identificación	
Certificación Laboral	