



Fecha: DD / MM / AAAA

Solicitud de Afiliación

FONDO DE EMPLEADOS
PROFESORES DE LA
UNIVERSIDAD LIBRE

Ingreso

Actualización:

DATOS DEL SOLICITANTE

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Nombres: _____ Identificación: C.C. C.E. N° _____

Fecha de Expedición: _____ Sexo: M / F Fecha de Nacimiento: DD / MM / AAAA

Ciudad: _____ País: _____ Nacionalidad _____ Estado Civil: _____

Dirección de residencia actual: _____

Barrio: _____ Ciudad: _____ Dpto: _____

Telefono: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

Profesión: _____ Facultad: _____ Seccional: _____ Cargo: _____

Sueldo Mensual: \$ _____ Fecha de Ingreso: _____

Ingresos Mensuales: \$ _____ Egresos Mensuales: \$ _____ Otros Ingresos: \$ _____

Activos: \$ _____ Pasivos: \$ _____ Concepto Otros Ingresos: _____

Posee cuentas en moneda extranjera SI / NO Banco: _____ Ciudad: _____

País _____ Moneda _____ N° de cuenta _____

DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE (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 / NO

¿Tiene o goza de reconocimiento público? SI / NO

¿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 / NO

¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encaje en los escenarios descritos previamente?

SI / NO

BENEFICIARIOS

Nombre	Identificación	Edad	Parentesco	Celular
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos a **Fonproul (Fondo de empleados profesores de la universidad libre)**, 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 los 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. Excimo a **Fonproul (Fondo de empleados profesores de la universidad libre)**, 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 **Fonproul (Fondo de empleados profesores de la universidad libre)**, para que verifique y realice 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 **Fonproul (Fondo de empleados profesores de la universidad libre)**, 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 **Fonproul (Fondo de empleados profesores de la universidad libre)**, para dar cumplimiento a la normatividad vigente

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Yo, _____, identificado con la c.c.No. _____ de _____,

autorizo a la UNIVERSIDAD LIBRE, para que descuenta de mis salarios, honorarios, primas, cesantías y demás liquidaciones, la suma que el FONDO DE EMPLEADOS PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD LIBRE, remita a partir de la fecha.

Cuota de afiliación: \$ _____ Aporte ordinario: \$ _____

Fecha: DD / MM / AAAA

FIRMA Y HUELLA

FIRMA

HUELLA

INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la entrevista: _____

Fecha de la entrevista: DD / MM / AAAA Hora: _____

Resultado: _____ Aceptado: Rechazado:

Firma: _____

Observaciones: _____

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de verificación: DD / MM / AAAA Hora: _____

Nombre y cargo de quien verifica: _____

Firma: _____

Observaciones: _____

