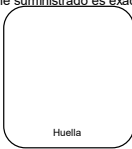


		FONDO DE EMPLEADOS BAYER - FEBAY Nit. 860.040.746-7 AV. CALLE 26 No. 69D - 91 PBX: (601) 743 58 53		Código: FBY.ER.002 Versión No.: 4 Vigencia: 2025	
FORMULARIO DE VINCULACIÓN DEL ASOCIADO VINCULACIÓN REINGRESO ACTUALIZACIÓN DE DATOS				Ciudad y fecha de diligenciamiento	
Señores, ☐ FONDO DE EMPLEADOS BAYER "FEBAY" ☐ Atte. Junta Directiva ☐ Asunto: Solicitud de Afiliación ☐ Por medio de la presente manifiesto mi interés por pertenecer en calidad de afiliado al Fondo de Empleados de Bayer - Febay, con el compromiso de mi parte, que observaré y acataré los estatutos y reglamentos que lo rigen, los cuales declaro conocer, con el ánimo de dar trámite a mi solicitud de ingreso a continuación suministro la siguiente información:					
1. INFORMACIÓN DEL ASOCIADO					
Nombres y Apellidos				Genero M F O	
Tipo de Documento		CC CE PPT PS Número		Expedida en Fecha de Expedición	
Estado Civil		Nivel educativo		No. Personas a cargo	
Soltero Casado Divorcio U. libre Viudo		Primaria Bachiller Técnico Universidad Posgrado		Propia Arrendada Familiar	
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento		Dirección Domicilio Municipio / Ciudad Departamento	
DD MM AA					
E - mail personal		No. Celular		Oficio o Profesión Código CIU Actividad Económica	
				Ej. Asalarado, pensionado, otroj:	
Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional		SI NO		Mayores de 60 años Persona con discapacidad física, mental o sensorial Mujer cabeza de familia Pueblos Indígenas Persona en condición de pobreza extrema Víctima del conflicto armado Población diversa/LGBTIQ+ Población Afrocolombiana Otro Cúal?	
				Estrato 1 2 3 4 5 6 7	
2. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL ASOCIADO					
Ingresos mensuales derivados de su actividad principal (Ej. Salario): \$				Egresos mensuales (Ej. Gastos): \$	
Otros ingresos (Especificar valor y concepto de lo contrario \$0) : \$					
Total activos (valor total de los bienes Ej. Carro, casa etc.): \$					
Total pasivos (Valor total de las obligaciones): \$					
Declarante de renta SI NO Persona expuesta políticamente o públicamente (Dec. 830 de 2021) SI NO Administra recursos públicos SI NO					
No. Cuenta Bancaria		Tipo de Cuenta		Entidad bancaria	
		Ahorros Corriente		¿Es usted residente fiscal en Estados Unidos SI NO ¿Es usted residente fiscal en una jurisdicción diferente a Colombia y Estados Unidos (CRS)? SI NO	
Realiza operaciones en moneda extranjera SI NO		Cuáles:		En caso de que su respuesta sea afirmativa, diligencie el país del cual usted es residente fiscal:	
Posee cuentas en moneda extranjera SI NO		No. cuenta Banco Moneda Ciudad			
Si el Asociado marcó o contestó positivamente el campo de Persona Políticamente Expuesta, por favor diligenciar el Anexo denominado: Declaración y manifestación del estatus e información PEP					
3. BENEFICIARIOS					
Nombre completo		Tipo doc.		No. Documento de identidad Parentesco Teléfono % Designación	
4. INFORMACIÓN LABORAL					
Empresa donde Labora		Tipo de contrato		Cargo que desempeña	
DD MM AA				INGRESOS Salario Básico Otros Ingresos (Comisiones)	
Dirección Oficina / Ciudad / Departamento		Correo electrónico corporativo		Código de nómina Área / División Formación Solidaria	
				SI NO	
5. REFERENCIAS					
Conyugue Nombre Dirección Teléfono					
Personal Nombre Dirección Teléfono					
Familiar Nombre Dirección Teléfono Parentesco					
6. DESCUENTOS MENSUALES % PORCENTAJE DE APOORTE ORDINARIO Y DESCUENTOS EXTRAORDINARIOS					
Porcentaje de Ahorro Mensual		2% 3% 4% 5% 6% 7% 8% 9% ###		Adicionalmente deseo ahorrar una cuota mensual por valor de \$ Como ahorro voluntario.	
AFILIACIÓN PLAN SERVICIOS FUNERARIOS		Deseo tomar el Plan Funerario* para mi grupo familiar autorizando el descuento correspondiente de mi nómina. *FEBAY otorga un subsidio del 50% de la tarifa mensual de este servicio a sus asociados.		SI NO	
7. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES					
1. Declaro que la información suministrada es verídica y autorizo a FEBAY para que la verifique. 2. Estoy informado de mi obligación de actualizar por lo menos anualmente la información que solicite FEBAY por cada producto o servicio que utilice. 3. Autorizo a la empresa pagadora o empleadora donde ostento la condición de empleado a descontar y trasladar a FEBAY los valores reportados correspondientes a los aportes, ahorros o cualquier valor al cual me he comprometido a pagar en virtud de esta asociación y en los eventuales productos o servicios adquiridos por mí con FEBAY y me comprometo a que si por cualquier circunstancia la empresa pagadora o empleadora no efectúa el anterior descuento realicare el pago a FEBAY para cancelar dicho aporte. 4. Me adhiero a los estatutos, reglamentos de crédito, ahorro, servicios y fondos sociales que rigen a FEBAY. Igualmente a las decisiones de la Junta Directiva y Asamblea General de delegados así como al marco legislativo presente y futuro de las organizaciones solidarias. 5. Autorizo a FEBAY para consultar, actualizar y reportar mis datos personales y comerciales como asociado y/o deudor solidario, en cualquier base de datos de centrales de riesgo que FEBAY ejija. 6. Autorizo de acuerdo con lo establecido en la Ley 1581 de 2012, reglamentada por el Decreto 1377 de 2013, haga uso de mis datos personales y en general de la información obtenida en virtud de nuestra relación comercial. 7. Autorizo para que realice las consultas, reportes y controles establecidos en los términos de su política de prevención de lavado de activos y financiación al terrorismo para verificar en las fuentes que considere necesarias de conformidad con sus reglamentos y manuales de prevención y/o administración del riesgo de lavado de activos y financiación al terrorismo. 8. Autorizo cancelar mi vinculación en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a FEBAY de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa e inexacta que hubiere proporcionado. 9. Declaro de manera voluntaria que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal y no provienen directa o indirectamente del ejercicio de actividades establecidas como ilícitas bajo los términos de la ley penal Colombiana o cualquier norma que lo modifique o adicione, y dichos activos no han sido utilizados como medios o instrumentos para la realización de las mismas, de conformidad con las disposiciones aplicables vigentes. 10. Autorización de contacto: De acuerdo con la ley 2300 de 2023, en calidad de asociado y/o deudor solidario, tutor o representante legal, autorizo de manera expresa y voluntaria a FEBAY, para que me contacte de manera directa dentro de los horarios estipulados por la ley en mención, para realizar gestión de cobro administrativa, acuerdos de pago, cobro pre jurídico y jurídico. Así como recibir información de los productos de ahorro, crédito y servicios solidarios a mi cargo. Esta autorización se extiende a los agentes, abogados o aliados externos de cobranza sean personas naturales o jurídicas, que contraten con FEBAY, para realizar gestión de cobro administrativa, acuerdos de pago, cobro pre jurídico y jurídico. Autorizo que el contacto sea por medio de los siguientes canales (seleccione mínimo dos canales de contacto). Correo electrónico Celular Llamada Mensaje de texto WhatsApp *En caso de no actualizar sus canales, entenderemos que nos autoriza a seguir comunicándonos por los canales previamente autorizados por usted como son: correo electrónico, celular, llamada, mensaje de texto y WhatsApp. 11. La organización podrá usar los mecanismos electronicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.					
9. FIRMA Y HUELLA					
En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes, firmo el presente documento:				Huellas	
8. DOCUMENTOS ANEXOS					
* Certificación Laboral y/o último desprendible de nómina. * Desprendible de pago mesada pensional del último mes (En caso de ser Pensionado). * Fotocopia de documento de identidad ampliado al 150% * Extracto bancario o Certificado de ingresos expedido por un Contador Público (En caso de ser independiente).					
9. ESPACIO EXCLUSIVO PARA FEBAY					
ASESOR QUE GESTIONÓ LA AFILIACIÓN		VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTRO DE INFORMACIÓN EN EL SISTEMA			
TIPO DE ENTREVISTA: PRESENCIAL VIRTUAL		FECHA DE VERIFICACIÓN DOCUMENTOS:		HORA:	
FECHA DE LA ENTREVISTA: DD / MM / AAAA HORA:		FECHA DE REGISTRO DE OBSERVACIONES:		DD / MM / AAAA HORA:	
NOMBRE Y FIRMA DEL ASESOR:		NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE:			
CONSULTA EN LISTAS RESTRICTIVAS		ACEPTACIÓN DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO			
Se verificó al solicitante de la afiliación en listas de control de riesgos: SI NO		AFILIACIÓN: ACEPTADA RECHAZADA		FECHA DE VISTO BUENO: DD / MM / AAAA	
OBSERVACIONES:		OBSERVACIONES:			
FECHA: DD / MM / AAAA HORA:		NOMBRE Y FIRMA DE QUIÉN APRUEBA:			
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA CONSULTA:					