

**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 ASOCIADOVINCULACIÓN NUEVA ☐ 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	Tipo de Vivienda		
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	Posgrado				
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐				
Fecha nacimiento		Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio					Municipio / Ciudad	Departamento		
E - mail personal					No. Celular		Oficio o Profesión		Código CIU	Actividad Económica			
										Ej. Asalariado, pensionado, otro):			
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 ____ Cuál? _____							Estrato		

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		¿Es usted residente fiscal en Estados Unidos (FATCA)?		SI	NO
		Ahorros ☐ Corriente ☐				¿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
					0%
					0%
					0%
					0%
					0%

4. INFORMACIÓN LABORAL													
Empresa donde Labora													
Fecha de ingreso a la compañía			Tipo de contrato			Cargo que desempeña			Salario Básico		Otros Ingresos (Comisiones)		
DD	MM	AA											
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%	10%	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 realizare 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 elija. 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 electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.													
8. FIRMA Y HUELLA													
9. DOCUMENTOS ANEXOS													
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:													
FIRMA													
Huella													
10. 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 LA ENTREVISTA: DD / MM / AAAA HORA:													
FECHA DE REGISTRO DE INFORMACIÓN: DD / MM / AAAA HORA:													
OBSERVACIONES:													
OBSERVACIONES:													
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:													