

FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL ASOCIADO AÑO 2025

| | | | | | |
|--|--|--|--------|---|-----------------------------------|
| Ciudad y fecha de diligenciamiento del formato: | | Bogotá D.C., DD/MM/AAAA | | Tipo de solicitud: Asociado nuevo <input type="checkbox"/> Reingreso <input type="checkbox"/> Actualización <input type="checkbox"/> | |
| Funcionario de la Universidad Distrital <input type="checkbox"/> | | Empleado del FEUD <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> | | | |
| INFORMACIÓN GENERAL | | | | | |
| Primer apellido: | | Segundo apellido: | | Nombre(s): | |
| Tipo documento identidad: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Pas. <input type="checkbox"/> | | No. _____ | | Lugar de expedición: _____ | |
| Fecha de expedición: DD/MM/AAAA | | Estado Civil: _____ | | Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> | |
| Fecha de nacimiento: DD/MM/AAAA | | Lugar de nacimiento: _____ | | Municipio: _____ | |
| Municipio: _____ | | Departamento: _____ | | Nacionalidad: _____ | |
| Oficio o profesión: _____ | | | | | |
| Descripción actividad económica: _____ | | | | Código CIIU: _____ | |
| Dirección de residencia: _____ | | | | Departamento: _____ | |
| | | | | Municipio: _____ | |
| Teléfono fijo: _____ | | Teléfono móvil: _____ | | E-mail: _____ | |
| Sede: _____ | | Facultad o dependencia: _____ | | Teléfono fijo: _____ | |
| Cargo: _____ | | | | Fecha de ingreso: DD/MM/AAAA | |
| Nivel de estudio: Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> | | | | Vehículo propio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Cursos de economía solidaria: Nivel I <input type="checkbox"/> Nivel II <input type="checkbox"/> Nivel III <input type="checkbox"/> Especializado <input type="checkbox"/> | | | | Vivienda propia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Curso de emprendimiento: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | ¿Cuenta con plan funerario integral? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA | | | | | |
| ¿Maneja recursos públicos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿Tiene algún poder de disposición sobre éstos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | | Ejerce una función pública importante? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| ¿Goza de reconocimiento público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, señale por qué: _____ | | | | | |
| En caso de manejar o disponer de recursos públicos o gozar de reconocimiento público: ¿Tiene usted algún grado de consanguinidad y afinidad con algún (algunos) asociado(s) del FEUD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, señale el tipo de consanguinidad o afinidad: Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero(a) permanente <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> abuelo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Relación de los nombres según tipo de consanguinidad o afinidad identificado: | | | | | |
| Nombre(s) y apellidos | | Tipo de consanguinidad o afinidad | | | Número del documento de identidad |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INFORMACIÓN FINANCIERA | | | | | |
| Ingresos mensuales actividad principal: | | | | Activos | Patrimonio |
| Otros ingresos: | | | | | |
| Egresos mensuales: | | | | | |
| Especificar cuáles son los otros ingresos: | | | | | |
| OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA | | | | | |
| ¿Realiza operaciones en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿Cuáles? | | | | Declaro que no realicé transacciones en moneda extranjera: | |
| ¿Posee cuentas en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique lo siguiente: | | | | | |
| Número de cuenta | | Banco | Ciudad | | |
| | | | | | |
| Firma _____ | | | | | |

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS (PADRES, CÓNYUGUE E HIJOS MENORES DE 25 AÑOS)

| Nombre(s) y apellidos | No. documento de identidad | Parentesco | Fecha de nacimiento | Edad |
|-----------------------|----------------------------|------------|---------------------|------|
| | | | DD/MM/AAAA | |

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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 licitas y que los recursos que entrego al FEUD provienen de las siguientes fuentes:

Autorizo al Tesorero de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas para que se me efectúen los descuentos establecidos por el FEUD a partir de la fecha de aceptación de esta solicitud de afiliación. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite el Fondo de Empleados por cada producto o servicio que utilice. De otra parte, autorizo al FEUD para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo.

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (Ley Estatutaria 1581 de 2012 y Decreto reglamentario No. 1377 de 2013): Autorizo al FEUD para que mis datos personales y los de mi grupo familiar que figuren como beneficiarios: 1. Sean incorporados a las bases de datos obtenidas y administradas en cumplimiento del objeto social del Fondo de Empleados y, 2. Sean transferidos a entidades externas para el cumplimiento de las diversas actividades y servicios ofrecidos por el Fondo de Empleados en cumplimiento de su objeto social. También lo autorizo para que los datos sensibles relacionados con mi salud e identidad sean incorporados a las bases de datos obtenidas y administradas en cumplimiento de su objeto social. Así mismo, para que sean transferidos, en caso de solicitud de crédito, a la aseguradora que presta el servicio de contrato externo de seguro. Como Titular quedo informado de que por tratarse de datos de carácter sensible, no estoy obligado a autorizar dicho tratamiento. Declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido al FONDO DE EMPLEADOS DE LA UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS a la dirección de correo electrónico sgerencia@feud.com.co, indicando en el asunto el derecho que deseo ejercitar; o mediante correo postal remitido a la dirección Cra. 17 # 35 - 56 de la ciudad de Bogotá D.C.

DOCUMENTOS ANEXOS

- Certificado de la entidad donde son consignadas las cesantías
- Registro civil del asociado
- Documento que acredite el estado civil del asociado
- Registro civil de los hijos menores de 25 años
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asociado

Si No

Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído, comprendido y aceptado lo anterior, autorizo al FEUD para que la confirme. En constancia firmo:

Firma



ESPACIO PARA HUELLA

VERIFICACIÓN (USO EXCLUSIVO DEL FEUD)

Se certifica que se llevó a cabo la revisión de la información, los documentos y las consultas en listas vinculantes en la siguiente fecha y hora : DD/MM/AAAA HH:MM

| Nombre del funcionario que realizó la verificación y las consultas: | Verificación del Oficial de Cumplimiento: |
|---|---|
| | Fecha y hora verificación: DD / MM / AAAA HH:MM |
| Firma | Firma |
| Observaciones: | Observaciones: |