



ACTUALIZACIÓN DE DATOS ASOCIADOS AÑO 2025

Ciudad y fecha de diligenciamiento del formato:		Tipo de solicitud: Actualización <input type="checkbox"/>	
Funcionario de la Universidad Distrital <input type="checkbox"/> Empleado del FEUD <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/>			
INFORMACIÓN GENERAL			
Primer apellido:		Segundo apellido:	
Nombre(s):			
Tipo de documento de 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:	
Departamento:		Nacionalidad:	
Oficio o profesión:		Actividad económica principal:	
Código CIU:			
Dirección de residencia:		Torre/casa/Apto:	
Barrio:		Departamento:	
Municipio:			
Teléfono fijo:		Teléfono móvil:	
E-mail:			
Empresa donde labora:		Cargo:	
Fecha de ingreso: DD/MM/AAAA			
Sede:		Facultad o dependencia:	
Teléfono fijo:			
En caso de ser pensionado indique por favor la entidad: Pensionado de la Universidad Distrital <input type="checkbox"/> Colpensiones <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>			
PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA			
¿Maneja recursos públicos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si maneja recursos públicos, ¿Tiene algún poder de disposición sobre éstos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Goza de reconocimiento público? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Ejerce alguna función pública prominente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso de gozar de reconocimiento público, 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 ? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .			
Si la respuesta es afirmativa, 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 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	
		DD/MM/AAAA	
		DD/MM/AAAA	
		DD/MM/AAAA	
		DD/MM/AAAA	
		DD/MM/AAAA	
		DD/MM/AAAA	
Beneficiarios nuevos favor adjuntar documento de identidad para oficializar su inclusion.			
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 demas activos proceden del giro ordinario de actividades lícitas y que los recursos que entrego al FEUD provienen de las siguientes fuentes:			
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 y mi identidad (huella dactilar) 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 JOSE DE CALDAS a la dirección de correo electrónico sgerencia@feud.com.co, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar; o mediante correo postal remitido a la dirección Cra. 17 # 35 - 56 de la ciudad de Bogotá D.C.			
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:		<div>ESPACIO PARA HUELLA</div>	
Firma			