



FONDO DE EMPLEADOS  
WSP

**FORMATO DE INSCRIPCIÓN AL FONDO DE EMPLEADOS DE WSP Y CIAS  
AFINES "FEDEWSP"  
NIT: 860.517.648-2**

**INFORMACIÓN LABORAL**

Fecha inscripción: \_\_\_\_\_ Reingreso  Nuevo  Actualización   
 Fecha de inicio de contrato: \_\_\_\_\_ Salario Básico: \$ \_\_\_\_\_  
 Tipo de Contrato: Termino Fijo  Indefinido  Obra Labor  Salario Integral   
**Aportes** (mínimo el 2% de salario) ( % ) \$ \_\_\_\_\_  
**Ahorros** (mínimo 3% del salario) ( % ) \$ \_\_\_\_\_  
**Fondo Mutua** (0.2% del salario) ( % ) \$ \_\_\_\_\_  
 Todo esto a partir del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_  
 Nit Empresa: \_\_\_\_\_ Vicepresidencia: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono empresa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PERSONAL**

Tipo de Identificación: C.C.  C.E.  P.A.  T.I.  T.E.  R.C.  OTRO: \_\_\_\_\_  
 Apellidos: Primer apellido Segundo Apellido Nombres: Primer Nombre Segundo Nombre  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Documento de Identidad: \_\_\_\_\_  
 Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Departamento de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Lugar de expedición d. identidad: \_\_\_\_\_ Departamento de expedición d. identidad: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Profesión/Oficio: \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Ciudad/Municipio: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ E-mail Corporativo: \_\_\_\_\_  
 E-mail Personal: \_\_\_\_\_ Estrato: \_\_\_\_\_ Finca raíz: Si  No   
 Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Mujer cabeza de familia: Si  No   
 N° cuenta Bancaria: \_\_\_\_\_ Ahorros  Corriente  Banco: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: Soltero  Casado  Separado  Viudo  Unión libre   
 Nivel de escolaridad: Primaria  Secundaria  Técnico  Tecnólogo  Universitario  Especialización   
 Maestría  Doctorado

**NÚCLEO FAMILIAR**

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO			IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
	Día	Mes	Año		

Bajo la gravedad de juramento y actuando en el nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos a nombre de FEDEWSP, con el fin de cumplir con las disposiciones señaladas en su sistema administrativo de riesgo de lavado de activos de la financiación del terrorismo:

1. Declaro que los activos ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad y ocupación.
2. No admitiré que los terceros vinculen mis actividades con dineros, recursos o activos relacionadas con el delito de lavado de activo o financiación del terrorismo.
3. Eximo a FEDEWSP, de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información o errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respalden o soporten mis afirmaciones.
4. Autorizo a FEDEWSP, para que verifique y realice las 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 nombre de FEDEWSP tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas.
6. No he sido, ni me encuentro incluido en las investigaciones realizadas con lavado de activos o financieros 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 FEDEWSP para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

**BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE DEL ASOCIADO**

En caso de muerte declaro que designo como beneficiario (s) de mis aportes, depósitos, seguro de vida y en general de cualquier título a mi nombre en el FONDO DE EMPLEADOS FEDEWSP., a las siguientes personas:

NOMBRES Y APELLIDOS	PORCENTAJE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**CONOCIMIENTO MEJORADO DE PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS**

VINCULO O RELACION	NOMBRE Y APELLIDOS	TIPO ID	NACIONALIDAD	ENTIDAD	CARGO	FECHA DE VINCULACION
<input type="text"/>						

Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos veinticuatro (24) meses cargos o actividades en los cuales:

- ¿Maneja recursos públicos o tengan poder de disposición sobre estos? Si  No
- ¿Tiene o goza de reconocimientos 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 descrito en el decreto 1674 de 2016? Si  No
- ¿Tiene familiares hasta segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente? Si  No

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

INGRESOS MENSUALES	<input type="text"/>	ACTIVOS	<input type="text"/>
EGRESOS MENSUALES	<input type="text"/>	PASIVOS	<input type="text"/>
OTROS INGRESOS	<input type="text"/>	CONCEPTO OTROS INGRESOS:	<input type="text"/>

¿DECLARA RENTA?: SI  NO

**ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES**

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI  NO

EXPORTACIONES  INVERSIONES  TRANSFERENCIAS  PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR  IMPORTACIONES

OTRA CUAL: \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ PAIS \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_

Así mismo por medio del presente documento autorizo de manera irrevocable a FEDEWSP, o quien en un futuro sea acreedor, para que con ocasión de los servicios de crédito y en general cualquier tipo de obligación contraída hasta la fecha o que se contraiga hasta la fecha o que se contraiga en adelante con el FONDO puede llevar a cabo las siguientes actividades:

Consultar en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo, toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de suministrarme un bien o servicio y contraer cualquier obligación con FEDEWSP o para los terceros con quienes tiene suscritos convenios con tal propósito.

Reportar a las centrales de información de riesgo, que administren bases de datos, la información sobre el comportamiento de mis obligaciones, especialmente las de contenido patrimonial que adquiriera para con FEDEWSP; de tal forma que las centrales presenten una información veraz, pertinente completa, actualizada y exacta, de mi desempeño como deudor, después de haber cruzado y procesado diversos útiles para obtener una información significativa. En atención del inciso tercero del Artículo 12 de la Ley 1266 de 2012, siempre que hayan transcurrido como mínimo veinte (20) días candelario siguientes a la fecha de envío de la anotada comunicación.

Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa, y también, por el intermedio de cualquiera de las superintendencias que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que esta pueda tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales, su fuera el caso.

Conserva la información reportada en la base de datos de la central de riesgos, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos.

De otra parte, manifiesto de forma libre, consiente, expresa, informada y espontanea que autorizo a FEDEWSP para darle el tratamiento de mi información personal en FEDEWSP.

Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de este documento y haberlo comprendido a cabalidad, lo cual es señal de entendimiento de aceptación de sus alcances e implicaciones, lo suscribo.

AUTORIZACION PARA HACER DESCUENTOS DE NOMINA A FAVOR DE FEDEWSP.

Con la presente autorizo al pagador a descontar de mi sueldo, prestaciones sociales y/o liquidación final, a partir de la fecha, los valores reportados por el fondo de empleados de WSP y compañías afines – FEDEWSP correspondientes a cualquier saldo que aparezca a mi cargo por concepto de ahorros, aportes y demás conceptos por servicios prestados por dicha entidad.

De conformidad con la Ley Estatutaria 1581 de 2012, "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", y con el Decreto 1377 de 2013, "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012", doy mi consentimiento, como titular de mis datos personales, para que estos sean incorporados en una base de datos responsabilidad del FONDO DE EMPLEADOS DE WSP Y CIAS AFINES "FEDEWSP".

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN ESTE DOCUMENTO ES VERÍDICA Y QUE CUALQUIER INEXACTITUD ES DE MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD. HABIENDO LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, EN CONSTANCIA FIRMO.

NOMBRES Y APELLIDOS :  
 FIRMA:  
 Nº D. IDENTIDAD:



Huella

ESPACIO PARA FEDEWSP

Lugar entrevista: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

Resultado: Aceptado  Rechazado  Nombre quien verifica: \_\_\_\_\_ Fecha entrevista: \_\_\_\_\_