



FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO  
PREVISORA, POSITIVA Y FIDUPREVISORA  
NIT: 860.029.548-0

## SOLICITUD DE APERTURA DE AHORRO PROGRAMADO

CÓDIGO DEL FORMATO  
F AH 004

FECHA DE  
CREACIÓN Y/O MODIFICACIÓN  
16/04/2026

APERTURA <input type="text"/>	MODIFICACIÓN <input type="text"/>	FECHA DE APERTURA	DD <input type="text"/>	MM <input type="text"/>	AAAA <input type="text"/>
-------------------------------	-----------------------------------	-------------------	-------------------------	-------------------------	---------------------------

### INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
IDENTIFICACIÓN C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/>		DIRECCIÓN RESIDENCIA ACTUAL	BARRIO
PERSONA PUBLICA EXPUESTA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		No. _____	

### SOLICITO APERTURA

AHORRO FUTURO <input type="checkbox"/>	AHORRO NAVIDEÑO <input type="checkbox"/>	VALOR DE LA CUOTA \$ _____
--	--	----------------------------

### BENEFICIARIO DEL AHORRO PROGRAMADO

Manifiesto que en caso de mi fallecimiento el unico beneficiario es el señor (a): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ identificado (a) con cedula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Yo, \_\_\_\_\_ declaro que el origen de los recursos, los cuales estoy depositando en  
FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO PREVISORA, POSITIVA Y FIDUPREVISORA - FEP, proviene de \_\_\_\_\_  
PAIS (Origen de los recursos): \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN

En calidad de asociado del **FEP**, por medio del presente escrito autorizo a (empresa donde labora) \_\_\_\_\_ para que del salario que devengo me sea descontado mensualmente la cuota para mi ahorro voluntario Futuro \_\_ Navideño \_\_ con el **FEP**, a partir de la formalización de mi vinculación. En caso que me sean concedidas vacaciones, autorizo que se descuente la cuota correspondiente a los descuentos que estoy autorizando, me comprometo a pagar las mismas sumas, directamente a las oficinas del **FEP** en las condiciones establecidas en el Estatuto y Reglamentos.

(Solo para Asociados Exempleados) En calidad de Asociado Exempleado, me comprometo a autorizar al **FEP** para que realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión de realizar mediante consignación en las entidades financieras autorizadas por el **FEP** para tal fin.

Los datos aquí consignados, los cuales serán utilizados para contactarme de manera directa e indirecta, cuya finalidad será conocer información sobre sus productos y servicios tales como ventas, promociones, comercialización de seguros, estado de mis obligaciones, recepción de correspondencia, gestión de cobranza y demás servicios en la transversal 9 No. 55 - 97 Tel. 601-3488950, es responsable y encargado del tratamiento y protección de datos personales aquí suministrados. Certifico que la procedencia de mis recursos son lícitos.

### FIRMA

Para constancia se firma a los \_\_\_\_\_ días del mes  
de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
en \_\_\_\_\_

**FIRMA REGISTRADA EN EL FEP**

\_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_