



FONDO DE EMPLEADOS OLÍMPICA - FONDOOLÍMPICA

FORMULARIO DE VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Código: FVA VS: 03-FA 26/05/2026
PAG 1 de 2

Ingreso: Reintegro: alización: :

PORCENTAJE AHORROS Y APORTES:

5% 7% 8% 9% 10%

INFORMACIÓN PERSONAL																		
NOMBRES										APELLIDOS								
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN										C.C.	C.E.	PAS.	No.	Nacionalidad:				
FECHA DE EXPEDICIÓN		Mes	Día	Año	LUGAR DE EXPEDICIÓN					Grupo Etnico	Afrocolombiano	Indígena						
FECHA DE NACIMIENTO		Mes	Día	Año	LUGAR DE NACIMIENTO						Edad:		Población ROM					
													Raizales					
GÉNERO:	M	F	ESTADO CIVIL		Soltero	Casado	Unión libre	Divorciado	Viudo	No HIJOS:	Mayor de edad:	Cabeza de Familia	NO					
											Menor de edad:		SI	NO				
NIVEL DE ESTUDIOS :										PRIMARIA			SECUNDARIA	TÉCNICO	TECNÓLOGO	PROFESIÓN O TÍTULO OBTENIDO:		No PERSONAS A CARGO
UNIVERSITARIO										POSGRADO	MAESTR	DOCTORA				Padres	Hijos	
DIRECCIÓN RESIDENCIA					AREA		CIUDAD		DEPARTAMENTO		PAIS		ESTRATO					
VIVIENDA					TELÉFONO FIJO		CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO									
Propia					Arrendado	Familiar	Hipoteca	Otro										
Indique el medio para recibir correspondencia:					Teléfono celular: Correo personal: Correo corpora													
INFORMACIÓN LABORAL																		
EMPRESA					DIRECCIÓN			CIUDAD		No. NEGOCIO		TELÉFONO FIJO						
FECHA INGRESO EMPRESA					TIPO DE CONTRATO			CORREO CORPORATIVO:					ES UTED DECLARANTE DE RENTA?					
Mes		Día	Año	DEFINIDO		INDEFINIDO		CARGO:			SALARIO:		SI		NO			
CUENTA DE NÓMINA					¿REALIZA OTRA ACTIVIDAD ECONÓMICA?													
Ahorro		Corriente		Banco		Número		SI		NO	CUAL?							
OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA																		
Realiza Operaciones en moneda Extranjera? Si No Cuales																		
Posee cuentas en moneda Extranjera?																		
SI NO																		
Banco: N° cuenta: Moneda:																		
Ciudad País:																		
Declaro que no realízo operaciones en Moneda Extranjera																		
IDENTIFICACIÓN DE ASOCIADOS(AS) PEP'S																		
ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS: SI NO					ES FUNCIONARIO PÚBLICO: SI NO					TIENE RECONOCIMIENTO PÚBLICO SI								
NO																		
INFORMACIÓN FATCA - CRS																		
Determinación Residencia Fiscal																		
¿Es usted residente fiscal de cualquier otro país distinto a Colombia, para fines fiscales: SI NO																		
NOTA: Si responde afirmativamente, le haremos llegar para su diligenciamiento un formato adicional.																		
Si respondió afirmativamente, indique estos otros países:																		
Indique el número de identificación tributaria en cada país, en el mismo orden del punto anterior:																		
INFORMACIÓN FINANCIERA																		
INGRESOS MENSUALES					EGRESOS MENSUALES													
SALARIO		\$			VIVIENDA		\$											
OTROS INGRESOS		\$			GASTOS FAMILIARES		\$											
		\$			OTROS EGRESOS		\$											
TOTAL INGRESOS		\$			TOTAL EGRESOS		\$											
Concepto de otros Ingresos:																		
ACTIVOS		VALOR			PASIVOS		VALOR											
INMUEBLES		\$			DEUDA VIVIENDA		\$											
VEHÍCULOS		\$			CRÉDITOS BANCARIOS		\$											
OTROS BIENES		\$			OTROS PASIVOS		\$											
TOTAL ACTIVOS		\$			TOTAL PASIVOS		\$											
¿En los últimos 3 años ha contraído usted obligaciones crediticias con personas naturales, superiores a \$5 millones y que hayan sido desembolsadas en efectivo o en cheque? SI NO																		
En caso de ser afirmativa su respuesta ¿Con cuántas personas naturales tiene obligaciones crediticias de este tipo?																		
INFORMACIÓN BENEFICIARIOS (GRUPO FAMILIAR BÁSICO)																		
NOMBRES Y APELLIDOS					DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		GÉNERO		FECHA NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)			PARENTESCO						
							M		F									
							M		F									
							M		F									
							M		F									
							M		F									
							M		F									
							M		F									
REFERENCIAS		NOMBRES Y APELLIDOS			CELULAR		DIRECCIÓN			CIUDAD								
FAMILIAR																		
PERSONAL																		
SOLICITUD DE ADMISIÓN																		
1) Solicito ser admitido como asociado en el FONDO DE EMPLEADOS OLÍMPICA, en adelante denominado FONDOOLÍMPICA, y AUTORIZO a mi empleador para que me descuente mensualmente de mi salario el % del mismo y para que entregue dicha suma al citado Fondo, con destino a aportes sociales y ahorros permanentes.																		
2) En caso de que fallezca estando asociado al Fondo, podrán retirar las sumas que a mi favor resulten, las personas que de acuerdo con la Ley tengan derecho a ello.																		
3) Las personas que designo como BENEFICIARIOS, lo serán para todos aquellos servicios que el Fondo haga extensivos a éstos.																		
4) Reconozco que la aceptación de mi asociación está sujeta al cumplimiento de los requisitos estipulados en los estatutos y reglamentos vigentes, los cuales desde ya acepto, declaro conocer y me comprometo a cumplir.																		
5) Autorizo a FONDOOLÍMPICA para saldar las cuentas y depósitos que mantenga en esta entidad, cuando lo estime pertinente.																		
6) Conozco y acepto mi obligación de actualizar anualmente mi información a la entidad, y de reportar los cambios que se presenten en los datos reportados a la misma.																		
7) Por medio del presente documento ratifico todos los actos y descuentos que se hubieren llevado a cabo con anterioridad al mismo.																		