

	FONDO DE EMPLEADOS DE CHALLENGER		CODIGO: SARLAFT-FR-08	
			VERSION: 14	PAGINA 1 DE 3
	GESTIÓN DE RIESGOS LAFT FORMATO SOLICITUD DE AFILIACIÓN		FECHA: 07/2026	

Nota: La solicitud debe ser diligenciada en su totalidad en letra imprenta con tinta negra, sin enmendaduras ni tachones.

Adjuntar: Fotocopia del documento de identidad por ambas caras y Formato de Poliza plan vida integral.

SOLICITUD DE AFILIACIÓN			
Fecha de Solicitud: DD MM AA	Tipo de Afiliación: Primera vez: ☐ Reingreso por retiro voluntario: ☐ Reingreso por retiro y/o cambio de contrato: ☐		
Observaciones: (Artículo 17 de los Estatutos) Los reingresos por retiros voluntarios tienen un valor correspondiente al 5% de un SMLLV		Autorizo a descontar en ☐ cuotas quincenales el valor correspondiente a la cuota de reingreso. (Maximo 6 quincenas)	

INFORMACIÓN PERSONAL					
Primer apellido:	Segundo apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:	Tipo identificación: CC ☐ CE ☐	N° identificación:
Fecha de expedición: DD MM AA	Lugar de expedición:	Sexo: F ☐ M ☐	Fecha de nacimiento: DD MM AA	Ciudad de nacimiento:	Grupo sanguíneo / RH:
Nivel educativo:		Estado civil:		Cabeza de familia:	Tipo de vivienda:
Primaria ☐	Bachillerato ☐	Soltero ☐	Casado ☐	S ☐ N ☐	Propia ☐
Técnico ☐	Tecnólogo ☐	Unión libre ☐	Separado ☐	Número de personas a cargo:	Arrendada ☐
Profesional ☐	Posgrado ☐	Viudo ☐			Familiar ☐
Dirección de residencia:		Barrio:	Ciudad:	Departamento:	Estrato:
Ocupación: Empleado ☐ Pensionado ☐	Telefono:		Celular:	Fondo de pensiones:	Fondo de cesantías:
EPS:	Asistió a la última asamblea: S ☐ N ☐		Correo electrónico:		

INFORMACIÓN LABORAL					
Empresa:				Tipo de contrato:	
Challenger: ☐	Lemco: ☐	FemChallenger: ☐	Fundación Challenger: ☐	Temporal: Elección: ☐	Alianza: ☐
Hotel Habitel: ☐	Induplac: ☐	Sky Industrial: ☐	Pensionados: ☐	Fijo: ☐	
Sky Forwarder: ☐	Sky Logís. Int: ☐	Sky Electronics: ☐	Operadora Habitel: ☐	Indefinido: ☐	
Centro de costos:	Fecha de ingreso: DD MM AA	Dirección empresa:		Ciudad donde labora:	Salario: \$
Telefono y extensión:	Salario integral: S ☐ N ☐	Banco: Bancolombia ☐ BBVA ☐		Cuenta de nomina N°:	
Cargo: Personal de planta ☐ Administración ☐ Ventas ☐ Directivo ☐				Cuota de ahorro quincenal: (Max 10% del salario)	\$

INFORMACIÓN FINANCIERA					
Otros Ingresos: \$	Activos: \$	Pasivos: \$	Patrimonio: \$	Posee cuentas en moneda extranjera: S ☐ N ☐	
Descripción de origen de los otros ingresos:				CIU otra actividad:	
Tipo moneda:	Tipo operación:	Tipo producto:	N° producto:	Banco:	
Monto operación: \$	Pais:		Ciudad:		

	FONDO DE EMPLEADOS DE CHALLENGER	CODIGO: SARLAFT-FR-08	
	GESTION DE RIESGOS LAFT	VERSION: 14	PAGINA 1 DE 3
	FORMATO SOLICITUD DE AFILIACIÓN	FECHA: 07/2026	

DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE Y/O PÚBLICAMENTE (PEP)		
Ha desempeñado en los ultimos 24 meses cargos o actividades en los cuales:		
¿Maneja recursos públicos o tiene disposición sobre estos?	S	N
¿Por su cargo o actividad ejerce algun grado de poder público? (Decreto 830 de 2021)	S	N
¿Tiene o goza de reconocimiento público?	S	N
¿Tiene familiares de hasta el segundo grado de consaguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente?	S	N
Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por favor especifique he incluya nombre completo y numero de identificacion de persona PEP o en su defecto código CIU de la actividad:		

INFORMACION DE LOS BENEFICIARIOS						
En caso de fallecimiento declaro y designo como beneficiario(s) de mis aportes a las siguientes personas:						
Apellido y Nombre	N° identificación	Fecha de Nacimiento	Sexo		Parentesco	% Beneficio
		DD MM AA	F	M		
		DD MM AA	F	M		
		DD MM AA	F	M		
		DD MM AA	F	M		
		DD MM AA	F	M		

DECLARACIÓN DE AFILIACION Y AUTORIZACION DE DEDUCCIONES Declaro expresamente que me someto voluntariamente a los estatutos y reglamentos del FONDO DE EMPLEADOS DE CHALLENGER como también a cancelar oportunamente las obligaciones que adquiera, por lo que autorizo al pagador de la empresa a la cual presto mis servicios, deducir periódicamente de mi salario la suma por conceptos de aportes y ahorros permanentes, ahorros voluntarios, cuotas por servicios recibidos, abonos en cuenta y/o abonos extraordinarios que me corresponden como asociado activo de Femchallenger y que la compañía suministre información sobre mi salario y prestaciones, igualmente autorizo para que en el momento de mi retiro sean deducidos de las prestaciones sociales legales, extralegales, indemnizaciones, bonificaciones, cesantías, salarios o descansos a los que tenga derecho, cualquier saldo a favor del FONDO DE EMPLEADOS DE CHALLENGER. En caso de no descuento por nomina de mis obligaciones con el FONDO DE EMPLEADOS DE CHALLENGER, me comprometo a consignar el valor correspondiente a la cuenta corriente BANCOLOMBIA N. 23703431276 o la cuenta corriente BBVA N. 833008774 y enviar soporte de la consignación al correo electrónico fondo.empleados@challenger.co para no incurrir en intereses por mora y reportes negativos a las centrales de riesgo. Los aportes y los ahorros quedan afectados desde su origen a favor del FONDO DE EMPLEADOS DE CHALLENGER como garantía de las obligaciones que el asociado contraiga con este, para lo cual Femchallenger podrá efectuar la efectivas compensaciones, tales sumas son inembargables y no podrán ser gravadas ni transferidas a otros asociados o a terceros (Art. 16 Decreto 1481 de julio de 1989). Asimismo, autorizo expresamente la consulta de información laboral (nuevo patronal) y de afiliación ante EPS, ARL, fondo de pensiones, caja de compensación o cualquier entidad relacionada, cuando sea necesario para la gestión y recuperación de la obligación.
--

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Dando cumplimiento a la ley 1581 de 2012 y al decreto reglamentario 1377 de 2013 y con el fin de realizar el tratamiento de los datos personales de los asociados empleados y cualquier otra persona natural y teniendo en cuenta que las normas mencionadas constituyen el marco general de la protección de los datos personales en Colombia y en cumplimiento establecido en la normas señaladas y FEMCHALLENGER en calidad de responsable para el tratamiento de los datos personales de sus asociados trabajadores y terceros. Yo identificado con los datos relacionados en este formulario autorizo y doy consentimiento previo, expreso e informado para que FEMCHALLENGER lleve a cabo el tratamiento de mis datos personales y los datos personales de mis beneficiarios, para recolectar, recaudar, usar, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar, almacenar, utilizar y circular y transmitir a servidores cloud autorizados solo aquellos datos que sean pertinentes y adecuados dando cumplimiento al artículo 9 del manual de políticas de información y protección de datos personales: (públicos, sensibles, privados) y la transferencia de datos y transmisión de datos. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicité la entidad por cada producto o servicio que utilice, tengo conocimiento de la existencia del manual de políticas de información y protección de datos personales del FONDO DE EMPLEADOS DE CHALLENGER y la finalidad del tratamiento que se pretende dar a mis datos personales, FEMCHALLENGER o quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor podrá: enviarme información a mi correo electrónico, teléfono fijo, celular (llamadas, mensajes), publicar información en la página web o de forma escrita.

	FONDO DE EMPLEADOS DE CHALLENGER		CODIGO: SARLAFT-FR-08	
	GESTION DE RIESGOS LAFT		VERSION: 14	PAGINA 1 DE 3
	FORMATO SOLICITUD DE AFILIACIÓN		FECHA: 07/2026	

DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS Y DESTINO DE LOS RECURSOS
 Con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones legales vigentes sobre el Sistema integral de prevención de Lavado de Activos y Financiación del terrorismo SARLAFT, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones: Los recursos que he entregado a FEMCHALLENGER no provienen de ninguna actividad ilícita según las normas vigentes provienen del desarrollo de mi(s) actividad(es) económica(s) y el giro ordinario de actividades lícitas, que los recursos provenientes de los productos y servicios puestos a mi disposición por FEMCHALLENGER no serán utilizados para financiar actividades ilícitas y que no efectuare transacciones destinadas a dar apariencia de legalidad a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas. En consecuencia, autorizo al Fondo de Empleados de Challenger para que verifique mis ingresos y bienes los cuales provienen del desarrollo de mi ocupación. Señor asociado recuerde que usted esta en la obligación de actualizar sus datos por lo menos una vez al año.

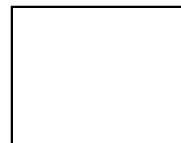
AUTORIZACION CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO
 Autorizo a FEMCHALLENGER para que consulte, reporte y solicite información personal necesaria que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios de los cuales soy titular para el estudio, análisis y eventual otorgamiento de un crédito o celebración de un contrato, para que dicha información sea concernida y reportada en cualquier CENTRAL DEL RIESGOS o BASE DE DATOS o a quien represente sus derechos u opere dichas entidades.

AUTORIZACION GARANTIAS MOBILIARIAS
 Dando cumplimiento a la ley 1676 de 2013 y a los decretos 400 de 2014 y 1835 de 2015, tengo conocimiento que el fondo de empleados con el propósito de incrementar el acceso al crédito mediante la ampliación de bienes, derechos o acciones que puedan ser objeto de garantía mobiliaria; reconozco que tengo la responsabilidad de efectuar un pago adicional para el registro de las garantías mobiliarias y autorizo a FEMCHALLENGER para disponer o gravar los bienes dados en garantía, así mismo efectuar registro, consultas y generar certificados de la garantía y realizar modificaciones posteriores.

AUTORIZACION POLIZA Y SEGURO
 Declaro expresamente que tengo conocimiento que las pólizas, hogar, vehículo, vida, exequias, accidentes personales y otras que sean adquiridas a futuro con FEMCHALLENGER, presentan renovación según corresponda, estas serán cargadas como crédito en forma mensual con descuento quincenal, en caso de retiro definitivo del FONDO DE EMPLEADOS si tengo saldo a favor puedo autorizar el descuento total de lo contrario será canceladas sin previa autorización, en caso de incumplimiento o mora con las pólizas automáticamente serán canceladas.

Declaro que he leído, entiendo y acepto los terminos y condiciones al ser afiliado. Certifico que la información suministrada es veraz, por tal razón autorizo a FEMCHALLENGER a que esta sea verificada conforme lo requiera con la firma de este formulario.

FIRMA ASOCIADO



HUELLA

*El fondo de empleados de Challenger FEMCHALLENGER podrá usar los mecanismos electronicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a los señalado en la Ley 527 de 1999.

PARA USO EXCLUSIVO DEL FONDO DE EMPLEADOS			
Fecha de Afiliación	Visto Bueno	Confirma Información	Observaciones
DD MM AA			
Fecha de Recepción DD MM AA	Oficial de cumplimiento	Analista Administrativa	