



**Caja de Auxilios y de Prestaciones de ACDAC  
CAXDAC**

CÓDIGO	FT-OP-001
FECHA	Marzo 2024
VERSIÓN	004

Vinculación  Actualización de datos

Pensionado  Afiliado Activo  Afiliado Fondo Extralegal  Afiliado en Receso  Traslado  Fecha Diligenciamiento dd/mm/aaaa

Si es Afiliado Activo: Informar medio para envío de Extracto de Semanas Cotizadas: Correo Electrónico  Correspondencia Física  Página Web

Si es Pensionado: Informar medio por el que desea Recibir sus Comprobantes de Pago y Certificado de Ingresos y Retenciones: Correo Electrónico  Correspondencia Física

En cumplimiento con lo dispuesto en el Título 3, Capítulo 11, numeral 4.2.2.1.1 de la Circular Externa 007 de 1996 de la Superintendencia Financiera de Colombia, le agradecemos la actualización de la

**DATOS BÁSICOS**

Tipo Identificación: C.C.  C.E.  Número Identificación: \_\_\_\_\_ Fecha Expedición dd/mm/aaaa Ciudad de Expedición: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Sexo: Femenino  Masculino

Fecha de Nacimiento: dd/mm/aaaa Ciudad: \_\_\_\_\_ Dpto./País: \_\_\_\_\_ Licencia de Piloto No.: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Unión Libre  Separado  Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Ver condiciones de uso

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tiene Hijos SI  NO  Número de Hijos \_\_\_\_\_

**SI USTED ES PENSIONADO, AFILIADO ACTIVO O EN RECESO DILIGENCIE ESTA INFORMACIÓN**

**BENEFICIARIOS SUSTITUCIÓN PENSIONAL PROVISIONAL**

Tipo de documento	Número de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Nombres y Apellidos	Parentesco
CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> RC <input type="radio"/>		dd/mm/aaaa	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>
CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> RC <input type="radio"/>		dd/mm/aaaa	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>
CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> RC <input type="radio"/>		dd/mm/aaaa	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>
CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> RC <input type="radio"/>		dd/mm/aaaa	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>

Tipo de documento: CC: Cédula Ciudadanía CE: Cédula Extranjería TI: Tarjeta Identidad PA: Pasaporte RC: Registro Parentesco: 1: Cónyuge 2: Compañero Permanente 3: Padres 4: Hijos 5: Hijos Invalídos 6: Hermanos Invalídos

Son Beneficiarios: El Cónyuge, Compañero (a) Permanente, Padres, Hijos mayores de 18 años que se encuentren estudiando y menores de 25 años, Hijos Invalídos, Hermanos Invalídos.

Para acreditar la calidad de los beneficiarios debe adjuntar los siguientes documentos:

- Fotocopia de documentos de identidad (pensionados, esposa o compañera permanente e hijos designados)
- Registro civil de matrimonio
- Registro civil de nacimiento de los hijos si es el caso
- Declaraciones extra-judicio (si se trata de uniones maritales de hecho)

**Cambiar el Estado Civil debe anexar:** Viudo (Certificado de Defunción) Separado (Escritura de Separación) Casado (Registro de Matrimonio) Unión Libre (Declaración Juramentada ante Notario).

**SI USTED ES AFILIADO AL FONDO EXTRALEGAL DILIGENCIE ESTA INFORMACIÓN**

**INFORMACIÓN ECONÓMICA**

Actividad Económica Principal: Pensionado  Empleado  Otra: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

INGRESOS MENSUALES (Pesos)		EGRESOS MENSUALES (Pesos)	
ACTIVOS (Pesos)		PASIVOS (Pesos)	
PATRIMONIO (Activos - Pasivos, Pesos)		OTROS INGRESOS (Pesos)	
CONCEPTO OTROS INGRESOS MENSUALES			

**CUENTA BANCARIA (solo incluya información de cuenta a nombre del titular y anexe certificación bancaria)**

Entidad	Producto	Número de Cuenta
	Cuenta: Ahorros <input type="radio"/> Corriente <input type="radio"/>	

**PRODUCTOS EN MONEDA EXTRANJERA**

¿¿ Tiene productos en moneda extranjera? Si  No

Tipo de producto	Entidad	Monto	Moneda	Ciudad	País

**PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE**

¿¿ Por su cargo o actividad maneja recursos Públicos? Si  No  ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si  No

¿¿ Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general? Si  No

Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por favor especifique:

¿Es usted familiar de alguna Persona Expuesta Públicamente en segundo grado de afinidad y primero civil (hijos, padres, hermanos, nietos, abuelos, suegros, cuñados y padres e hijos adoptantes o adoptivos)? Si  No

Si su respuesta anterior es SI, indique:

Tipo de documento	Número de documento	Nombres y Apellidos	Vinculo

### DECLARACIÓN DE NACIONALIDAD O RESIDENCIA

#### ES USTED CIUDADANO O RESIDENTE AMERICANO

Si su respuesta es afirmativa Indique: Estado, Ciudad y Dirección de correspondencia y social security

Si  No

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

NUMERO SOCIAL SECURITY: \_\_\_\_\_

#### ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Si  No

#### ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN UN PAÍS DIFERENTE A LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA Y COLOMBIA

Si  No

Si su respuesta en afirmativa Indique: PAÍS \_\_\_\_\_

### CONDICIONES - DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Declaro que la información que suministro es autentica y veraz, por lo tanto, autorizo irrevocablemente a CAXDAC para verificarla a través de los medios que considere pertinentes. Igualmente me obligo a actualizar anualmente la información suministrada en este documento y demás que CAXDAC estime necesarios, sin perjuicio de mi obligación de informar a CAXDAC inmediatamente a la ocurrencia del hecho, cualquier cambio que se presente en los mismos.

Si  No

Autorizo a CAXDAC o a quién represente sus derechos, a reportar, actualizar, solicitar y divulgar a la Central de Información del Sector Financiero (CIFIN) administrada por la Asobancaria o cualquier otra entidad que administra bases de datos con los mismos fines, toda información referente a mi comportamiento como cliente de CAXDAC. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejara en las mencionadas bases de datos, en donde se consigna de manera completa todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero y en general al cumplimiento de mis obligaciones.

Si  No

Tanto mi actividad, profesión y oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizar anualmente.

Solicito y autorizo a CAXDAC para que me envíe a través de las direcciones de correo electrónico, cualquier información que por su naturaleza pueda ser enviada por este medio y que está relacionada con los servicios de CAXDAC, haciéndome responsable por el uso y manejo de mi correo electrónico y asumiendo cualquier perjuicio que la utilización del mismo cause a CAXDAC, a cualquier tercero o a mí.

Autorizo a CAXDAC para que los extractos y comprobantes de pago sean puesto en el portal de internet [www.caxdac.com](http://www.caxdac.com), a fin de que pueda acceder a los mismos. Con la presente autorización me acojo a los términos de uso y condiciones del referido portal.

El Reglamento del Fondo Extralegal se encuentra disponible en [www.caxdac.com](http://www.caxdac.com) / Fondo Extralegal / Reglamento Extralegal.

#### Servicios Electrónicos

Solicito a CAXDAC la asignación de una clave de acceso para utilizar los servicios electrónicos de CAXDAC. Acepto la responsabilidad por el uso, confidencialidad y seguridad de la clave, la cual es entregada por CAXDAC y tiene carácter de personal e intransferible.

#### Notificación de Cambio

Me obligo a notificar a CAXDAC cualquiera de las situaciones relacionadas con el manejo de la clave y correo electrónico:

- Pérdida o robo de la clave / Uso no autorizado de la clave.
- Falta, error o hecho inusual en la utilización de la clave o direcciones de correo electrónico
- Cambio de direcciones de correo electrónico
- Acceso a terceros a la dirección de correo electrónico
- Acepto conocer que la seguridad de la información transmitida a través de internet no es responsabilidad de CAXDAC.

### ANEXOS Y FIRMA

De acuerdo a la normatividad vigente definida por la Superintendencia Financiera se estableció la obligación de actualizar la información y anexar los siguientes documentos, si es Vinculación al Fondo Extralegal:

- Fotocopia documento de identidad  Certificado Laboral  Fotocopia Licencia de Piloto  
 Declaración de Renta del último periodo fiscal declarado y/o Certificado de Ingresos y Retención

Si es Actualización de Datos al Fondo Extralegal:

- Declaración de Renta del último periodo fiscal declarado y/o Certificado de Ingresos y Retenciones  
 Certificado Laboral

Firma: \_\_\_\_\_

No. Identificación: \_\_\_\_\_

Huella Índice derecho

### PARA USO EXCLUSIVO DE CAXDAC

Fecha Entrevista: dd/mm/aaaa Hora: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Aprobación: Si  No

Nombre Funcionario: \_\_\_\_\_

Fecha Aprobación dd / mm /aaaa

Observaciones

Persona Públicamente Expuesta:

Si  No

Resultado CIFIN \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_