



Trabajamos por el bienestar común de nuestros asociados

FORMULARIO DE VINCULACION ASOCIADO

FECHA DE SOLICITUD

DIA MES AÑO

PRIMERA VEZ

REINTEGRO

ACTUALIZACION

NIT.: 830.009.762-6

DILIGENCIE COMPLETAMENTE EL FORMATO- OBLIGATORIO COPIA DEL DOCUMENTO

CODIGO ASOCIADO

DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS			FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO		NACIONALIDAD
No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	LUGAR DE EXPEDICION DOC.IDENTIDAD	FECHA DE EXPEDICION DOC.IDENTIDAD DIA MES AÑO	GENERO: M ___ F ___	N° DE HIJOS	ESTADO CIVIL
ES MUJER CABEZA DE HOGAR: SI ___ NO ___	N° PERSONAS A CARGO	DIRECCION DE RESIDENCIA			
CIUDAD	BARRIO	ESTRATO	TELEFONO RESIDENCIA		TELEFONO MOVIL
CORREO ELECTRÓNICO 1		CORREO ELECTRONICO 2			

NIVEL DE ESCOLARIDAD

PRIMARIA ___ BACHILLER ___ TECNICO ___ TECNOLOGO ___ UNIVERSITARIO ___ ESPECIALIZACION ___ OTRO ___ CUAL ___

INFORMACION LABORAL

EMPRESA DONDE LABORA		SUCURSAL U OFICINA	CARGO		
CLASE DE CONTRATO : INDEFINIDO TERMINO FIJO		TIEMPO EN MESES	OBRA O LABOR	TIEMPO EN MESES	
FECHA INGRESO A LA COMPAÑIA DIA MES AÑO	E.P.S.	FONDO DE PENSIONES		FONDO DE CESANTÍAS	
DIRECCION DE LA EMPRESA			TELEFONO DE LA EMPRESA		

INFORMACION FINANCIERA

ACTIVOS	PASIVOS	EGRESOS	SUELDO BASICO		
COMISIONES	OTROS INGRESOS	POR QUÉ CONCEPTO?		TOTAL INGRESOS	

PROPIEDADES	FINCA RAIZ	MATRICULA INMOBILIARIA N°	DIRECCION		
	VEHICULO	MARCA	PLACA	MODELO	

DECLARA RENTA SI ___ NO ___ Si su respuesta es Si adjunte a este documento la ultima declaración

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ___ NO ___ POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA SI ___ NO ___ BANCO ___

CUALES? No DE CUENTA ___ CIUDAD ___ PAIS ___ MONEDA ___

DATOS DEL CONYUGE

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS			No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
DIRECCION DE RESIDENCIA		TELEFONO RESIDENCIA		TELEFONO MOVIL	
EMPRESA DONDE LABORA	FECHA DE INGRESO DIA MES AÑO	TIPO DE CONTRATO		TEL EMPRESA	
DIRECCION EMPRESA			CORREO ELECTRONICO		

BENEFICIARIOS LEGALES (SI TIENE MAS POR FAVOR ANEXAR UNA HOJA)

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	%
NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	%

AUTORIZACION DESCUENTO DE NOMINA

Atentamente solicito a ustedes admitirme como asociado de FONEPS acogiéndome a las normas legales, Estatuto, Reglamentos y decisiones de Asamblea y Junta Directiva. Así mismo autorizo a la empresa para la cual trabajo para que de conformidad con el art. 56 del decreto 1481 de 1989, ley 920 de 2004, art.150 del Código Sustantivo del Trabajo y demás disposiciones que regulan la materia, descontar de mis ingresos (salario, salario integral, comisiones o bonificaciones) en forma permanente y sea pagado a FONEPS el porcentaje autorizado por mi como aporte social y ahorro permanente según el art 44 del Estatuto, de ésta cuota periódica el 40% se llevará a aportes sociales y el 60% restante al ahorro permanente, aportes que serán reintegrados al asociado únicamente en el momento de la desvinculación de FONEPS. Adicionalmente si por alguna circunstancia la empresa no efectúa dicho descuento, me comprometo a consignar directamente en la cuenta que FONEPS me indique las sumas dejadas de descontar.

% APORTE (Obligatorio entre 3% y 10%)

3% ___ 4% ___ 5% ___ 6% ___ 7% ___ 8% ___ 9% ___ 10% ___

AHORRO VOLUNTARIO (Opcional)

\$ _____

CODIGO AHORRO

HUELLA

FIRMA DEL SOLICITANTE. No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD

EN CASO DE RETIRO DEL FONDO, EL REINTEGRO DE SUS APORTES Y AHORROS SE EFECTUARÁ EN UN PLAZO MAXIMO DE 45 DÍAS CALENDARIO A PARTIR DE LA OCURRENCIA DEL HECHO

CONSULTA, REPORTE Y PROCESAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS

En virtud de la Ley 1266 de 2008 Decreto 1727 de 2009 Habeas Data Financiero, para que exclusivamente con fines de información comercial y financiera, consulte, registre, reporte y circule datos en la Central de Información Financiera CIFI y demás fuentes que disponga FONEPS o a quien represente sus derechos, sobre todas las operaciones financieras y crediticias que bajo cualquier modalidad se me hubiera otorgado o me otorguen a futuro; el cual permanecerá reflejado de manera completa en la mencionada base de datos con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado, sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales y crediticias. Por lo tanto, conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a esta de conformidad con la legislación aplicable.

La permanencia de mi información en la base de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable, en especial, por las normas legales y la jurisprudencia, las cuales contienen mis derechos y obligaciones que por ser público, conozco plenamente. Así mismo, manifiesto que conozco el reglamento de la CIFI o de la entidad que maneje base de datos con los mismos fines. En caso de que a futuro, el autorizado por este documento, efectúe venta de cartera o cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo a favor de un tercero, los efectos de la presente autorización se extenderán a este, en los mismos términos y condiciones.

VERSION 01 VIGENTE 01/02/2019

AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Le informamos que de conformidad con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2013, los datos de carácter personal que se obtengan de su solicitud o prestación de servicios o relación con FONEPS, serán recogidos en una base de datos con la finalidad de facilitar la prestación e información de los servicios contemplados en el portafolio de servicios a través de los diferentes canales informativos del fondo. A su vez FONEPS se compromete a no revelar a terceras personas, excepto cuando se considere de buena fe, en caso de que la ley así lo requiera o cuando haya expresado mi autorización; y por un plazo contado desde su vinculación con el fondo hasta la terminación de cualquier vínculo con la entidad; dicha base de datos se conserva y administra bajo responsabilidad de FONEPS, o los terceros que para tal fin se designen. La base de datos cuenta con las medidas de seguridad necesarias para la conservación adecuada de los datos.

Debe tener presente, la posibilidad que tiene de acceder en cualquier momento a los datos suministrados, así como de solicitar la corrección, actualización o supresión, en los términos establecidos por la normatividad vigente, dirigiendo una comunicación escrita al responsable de tratamiento, a la dirección arriba indicada con los siguientes datos: nombre y apellidos, domicilio a efectos de notificaciones, petición en que se concreta la solicitud, fecha, firma de la persona interesada. Para su comodidad, puede ejercer estos mismos derechos a través del Sitio Web <https://www.foneps.com.co/home/contactenos/>

Le informamos que usted no se encuentra obligado a autorizar el tratamiento de datos personales sensibles conforme a lo establecido en el Art. 6 de la Ley 1591 de 2012. Si no autoriza el tratamiento de sus datos personales sensibles, marque una X en la siguiente casilla

DECLARACIONES, ORIGEN Y DESTINACION DE FONDOS Y OTROS

Yo, obrando en mi propio nombre, de manera voluntaria realizo la siguiente declaración de origen y destino de fondos de conformidad con lo establecido en la normatividad colombiana sobre prevención de lavado de activos y de financiación del terrorismo, declaro expresamente que:

1. Que los bienes, servicios, recursos que entrego o se entreguen a FONEPS en mi nombre, provienen de las siguientes fuentes lícitas y del desarrollo del respectivo objeto social, actividad económica, ocupación, profesión u oficio: _____
2. Que no admitiré que terceros entreguen en mi nombre fondos, bienes o servicios, provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano. Ley 599 de 2.000, ni se efectúen transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

He sido sancionado o investigado por procesos de lavado de activos o de financiación al terrorismo: SI ____ NO ____

En caso afirmativo, adjuntar detalles (fecha, autoridad, motivo y resultado o estado actual) _____

Autorizo a FONEPS a retirarme del Fondo en caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas posteriormente a la firma de este documento se invaliden las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a FONEPS de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

DECLARACION DE PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE PEP'S Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos veinticuatro(24) meses cargos o actividades en los cuales:

- | | |
|--|---|
| ¿Tiene o goza de reconocimiento público? SI ____ NO ____ | ¿Maneja recursos públicos o tenga disposición sobre estos? SI ____ NO ____ |
| ¿Tiene grado de poder público o desempeña una función pública prominente o destacada en el estado? SI ____ NO ____ | ¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente SI ____ NO ____ |

Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por favor especifique cargo, función, jerarquía o relación: _____

Tengo familiares en FONEPS: SI ____ NO ____ En caso afirmativo por favor complete los siguientes datos:

NOMBRES	PARENTESCO
---------	------------

Que exonero a FONEPS de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

Que los datos presentados en el presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad, al igual que el contenido de la documentación adjunta. Que se informará inmediatamente cualquier circunstancia que modifique las presentes declaraciones.

Me comprometo a actualizar al menos una vez al año los datos e información que fueran requeridos por FONEPS

ACEPTO:

FIRMA _____

NOMBRE _____

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

ESPACIO EXCLUSIVO PARA FONEPS

FUNCIONARIO QUIEN REALIZA LA AFILIACION / ENTREVISTA	LUGAR	HORA HH : MM	FECHA DIA MES AÑO
OBSERVACIONES		FIRMA	

VERIFICACION DE DATOS

NOMBRE FUNCIONARIO FONEPS	HORA HH : MM	FECHA DIA MES AÑO	NOMBRE Y PARENTESCO DE QUIEN BRINDÓ LA INFORMACION
---------------------------	-----------------	----------------------	--

VERIFICACION DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACION EN LISTAS	VERIFICACION EN LISTAS VINCULANTES SI ____ NO ____	NOMBRE DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO
FIRMA	HORA HH : MM	FECHA DIA MES AÑO