

# Formato de Afiliación y Actualización



Personería Jurídica No. 093 de la Superintendencia de Cooperativas Marzo 9 de 1966

AFILIACIÓN  ACTUALIZACIÓN DE DATOS

REAFILIACIÓN

CIUDAD Y FECHA	DIA	MES	AÑO

Por medio de la presente solicito a ustedes mi asociación al FONDO DE EMPLEADOS FONEMCAP. Para el efecto suministro la siguiente información

## INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre(s) Completo(s):

Tipo de Documento de Identificación: C.C.  C.E.

Número de Identificación:

Lugar y Fecha de Expedición:

Fecha de Nacimiento:  DÍA  MES  AÑO

Departamento de Nacimiento:

Ciudad de Nacimiento:

¿Tiene doble Nacionalidad?  SI  NO ¿Cuál?

Género

Estado Civil

Profesión / Oficio:

Actividad Económica Principal: Empleado  Independiente  Pensionado

Descripción Actividad Económica CIUU:

Correo Electrónico Personal:

Posee Carro:  SI  NO Posee Moto:  SI  NO

Número de Cuenta: Tipo: Ahorros  Corriente  Banco:

## INFORMACIÓN LABORAL

Empresa:

Cargo: Fecha de Ingreso:  DÍA  MES  AÑO

Tipo de Contrato: Indefinido  Otro:  Cuál:

Salario: Correo Electrónico Corporativo:

Dirección Oficina:

Ciudad: Departamento:

Teléfono Oficina: Teléfono Móvil:

¿Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos veinticuatro (24) meses cargos o actividades en las cuales:

Maneje Recursos Públicos o tengan poder de disposición sobre estos?  SI  NO Tiene o Goza de Reconocimiento Público:  SI  NO

¿Tiene grado de Poder Público o desempeña una función Pública prominente o destacada en el estado relacionada con alguno de los cargos descritos en el decreto 1674 de 2016?:  SI  NO

¿Tiene Familiares Hasta el Segundo Grado de Consanguinidad y Afinidad que Encajen en los Escenarios Descritos Previamente?:  SI  NO

## DATOS DE RESIDENCIA

Dirección:

Ciudad: Barrio: Departamento:

Teléfono Fijo: Tipo de Vivienda: Arriendo  Familiar  Propia  Estrato:

Envío de Correspondencia: Trabajo  Residencia  Correo Electrónico Personal  Correo Electrónico Corporativo

## INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos Mensuales: Otros Ingresos: Concepto:

Egresos Mensuales: Total Activos: Total Pasivos:

Total Patrimonio: Posee Cuentas en Moneda Extranjera:  SI  NO Banco:

País: Ciudad: Moneda:

N° Cuenta: Realiza Operaciones en Moneda Extranjera:  SI  NO

Declaro que Realizo Transacciones en Moneda Extranjera:

FIRMA

HUELLA ASOCIADO

VIGILADO POR SUPER SOLIDARIA

# AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Le informamos que, de acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2013, que sus datos consignados en el presente formulario serán incorporados en una base de datos responsabilidad de FONDO DE EMPLEADOS FONEMCAP, con la finalidad abajo señalada. Dicha base de datos se conservará y administrará bajo responsabilidad de FONEMCAP, o los terceros que para tal fin se designen, por un término no inferior a cinco (5) años. La base de datos cuenta con las medidas de seguridad necesarias para la conservación adecuada de los datos.

Los datos personales que le solicitamos tienen como finalidad:

- Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios, alianzas, estudios, concursos, para facilitarle el acceso general a la información de éstos.
- Proveer nuestros servicios;
- Informar sobre nuevos servicios dar cumplimiento a obligaciones contraídas con nuestros clientes, proveedores y empleados
- Informar sobre cambios de nuestros servicios;
- Evaluar la calidad del servicio y realizar estudios internos.

Con la aceptación, el titular autoriza el tratamiento de sus datos para la finalidad mencionada y reconoce que los datos suministrados en la solicitud son ciertos y que no ha sido omitida o alterada ninguna información, quedando informado que la falsedad u omisión de algún dato supondrá la imposibilidad de prestar correctamente el servicio.

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 de correo electrónico fonemcap@hotmail.com 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 de FONEMCAP: www.FONEMCAP.com

En señal de aceptación de lo anterior, consiento y autorizo que mis datos personales y la de los niños, niñas y adolescentes que estén impresos en este formulario o los que llegare a suscribir de mis hijos menores para la prestación de los servicios de FONEMCAP, sean tratados conforme a lo previsto en la presente autorización.

## AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA Y RECIBIR INFORMACIÓN

Yo \_\_\_\_\_ identificado con C.C. No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_; autorizo, permito y acepto, a través de mi firma, y a la fecha, el envío de información, notificaciones y/o comunicación oficial de FONEMCAP, tales como información comercial, información de servicios, estados de cuenta, comunicaciones de cobro, recordatorio de cumplimiento de obligaciones, citaciones a Asamblea General y demás que fuese pertinente por la relación como asociado de FONEMCAP, a la siguiente dirección de correo electrónico personal \_\_\_\_\_ de la cual declaro que soy el usuario, siendo responsable por mantener y conservar la disponibilidad para recepción de mensajes de correo electrónico por parte de FONEMCAP, así mismo declaro que cualquier tipo de comunicación realizada por FONEMCAP a través de medios electrónicos conserva la misma confiabilidad, trazabilidad y validez jurídica probatoria que los envíos realizados por medios físicos.

## VALORES A DESCONTAR DE MI SALARIO

Aportes Sociales: Entre el 4% máximo el 10%

 Mensual 

\$ \_\_\_\_\_

Conozco y acepto el estatuto y reglamentos de FONEMCAP para mi asociación y la prestación de servicios, por lo tanto en mi condición de empleado de \_\_\_\_\_ de conformidad con el artículo 59 del C.S.T. y además de normas concordantes. Autorizo expresamente a descontar de mi salario, cesantías, vacaciones, prestaciones sociales legales y extra legales las sumas arriba indicadas en los plazos señalados, los cuales se trasladarán al Fondo de Empleados FONEMCAP en los tiempos pactados y/o descontar por débito automático de mi cuenta bancaria. Autorizo el envío de información a través de correo electrónico, mensajes de texto y cualquier otro medio de comunicación. De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2013, el Titular presta su consentimiento para que sus datos, facilitados voluntariamente, pasen a formar parte de una base de datos, cuyo responsable es FONEMCAP, cuyas finalidades son 1) validar la información en cumplimiento de la exigencia legal de conocimiento del cliente aplicable al FONDO DE EMPLEADOS FONEMCAP, (2) adelantar las acciones de cobro y de recuperación de cartera, en virtud del Objeto social de la organización y que sean incorporados en distintas bases o bancos de datos, o en repositorios electrónicos de todo tipo con que cuenta la entidad. Puede usted ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre sus datos, mediante escrito dirigido a FONEMCAP a la dirección de correo electrónico atencionalasociado@fonemcap.com.co indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a la dirección Calle 42 # 8A - 80 Of. 1201, Ed. Sucre

## DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos al Fondo de Empleados FONEMCAP, con el fin de cumplir con las disposiciones señaladas en su Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo:

1. Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad y ocupación \_\_\_\_\_.
2. No admitiré que terceros vinculen mi actividad con dineros, recursos o activos relacionadas con el delito de lavado de activos o destinados a la financiación del terrorismo.
3. Eximo al Fondo de Empleados FONEMCAP, de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa ó errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soporten mis afirmaciones.
4. Autorizo al Fondo de Empleados FONEMCAP, para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario.
5. Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en el Fondo de Empleados FONEMCAP tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas.
6. No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo.
7. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice, suministrando la información documental exigida por el Fondo de Empleados FONEMCAP para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

## CONTRATO DE MANDATO

Entre los suscritos \_\_\_\_\_ identificado con cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, como asociado del Fondo de Empleados FONEMCAP y \_\_\_\_\_ identificado con la cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, en su calidad de REPRESENTANTE LEGAL del FONDO DE EMPLEADOS FONEMCAP, con Nit: 800.097.913-8 hemos celebrado el siguiente CONTRATO DE MANDATO, el cual se registró de acuerdo con los lineamientos generales aquí contemplados y por la legislación aplicable, de acuerdo a las siguientes cláusulas: PRIMERA : El asociado \_\_\_\_\_ quién en este contrato se denominará el MANDANTE, le confiere al FONDO DE EMPLEADOS FONEMCAP quién se denominará el MANDATARIO, para que en nombre del primero (mandato con representación) o en el de este (mandato sin representación) ejecute los actos de comercio que se definen a continuación. SEGUNDA : El MANDATARIO se obligará a adquirir directamente y a su nombre para después trasladar a favor del asociado, a cualquier título, con proveedores legalmente reconocidos, bienes y servicios que proporcionen bienestar al asociado y a su grupo familiar, siempre que desarrollen de conformidad con el marco legal de las entidades del sector de la economía solidaria en general y de los fondos de empleados en particular. TERCERA : El MANDATARIO se obliga a entregar al MANDANTE una orden de compra debidamente autorizada en la que haga referencia al proveedor y valor máximo en pesos para retirar los bienes o servicios requeridos por el MANDANTE. CUARTA : El MANDATARIO no podrá adquirir bienes y/o servicios sin previa autorización del MANDANTE. QUINTA : Las obligaciones que en virtud de este contrato se deriven para el MANDATARIO se prestarán de forma GRATUITA, y solo se trasladarán al MANDANTE aquellos valores diferentes que se tengan que cubrir con ocasión de circunstancias especiales creadas por este. SEXTA : El MANDANTE, podrá cancelar la obligación adquirida con un pago al contado o mediante financiación de acuerdo a las tarifas establecidas con el MANDATARIO, y siempre atendiendo aquellas que el MANDANTE considere más favorables para sí.

Se firma en la Ciudad de Bogotá D.C., a los (\_\_\_\_\_) días, del mes de \_\_\_\_\_, del año 20\_\_\_\_.

## FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento

FIRMA ASOCIADO  
C.C.

HUELLA ASOCIADO

REPRESENTANTE LEGAL  
C.C.

## SECCIÓN EXCLUSIVA DE FONEMCAP

## INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista:

Fecha de la Entrevista:     Resultado: Aceptado  Rechazado

Observaciones:

Firma

## VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación:

Nombre y Cargo de quien Verifica:

Observaciones:

Firma

VIGILADO POR SUPER SOLIDARIA