

SOLICITUD DE AFILIACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

1er. INGRESO 2do. INGRESO 3er. INGRESO OTRO

NOTA: es indispensable que la presente solicitud sea diligenciada en forma completa y con letra legible para iniciar el trámite correspondiente.

ESPACIO
PARA
RADICADO

CIUDAD	FECHA DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO
--------	------------------------	-----	-----	-----

DATOS PERSONALES									
Primer nombre			Segundo nombre						
Primer apellido			Segundo apellido						
Tipo documento identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	No. de identificación	Lugar y fecha de expedición			Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Mujer Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Fecha de nacimiento		Lugar			Departamento				
Dirección residencia		Ciudad	Barrio	Estrato	Teléfono		Celular		
E-mail personal		Profesión	Entidad donde labora				Ciudad		
Dirección de la entidad			Dependencia			Teléfono		Extensión	
E-mail corporativo		TIPO DE CONTRATO Indefinido <input type="checkbox"/> Término Fijo <input type="checkbox"/>	Prestación de Servicios <input type="checkbox"/>		Cargo desempeñado		Jefe inmediato		
Fecha de ingreso a la entidad DÍA MES AA	Sueldo basico actual	Promedio de comisiones			Tipo de vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/>				
Nivel de Estudios <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico/Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría		Educación Solidaria <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Avanzada			Declara Renta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Goza de reconocimiento público (PEP) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Administra recursos públicos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Ejerce algún grado de poder público <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Ingresos mensuales derivados de su actividad principal \$ _____		Otros ingresos mensuales \$ _____		Especificar fuente de ingresos adicionales _____					

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza operaciones en moneda extranjera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuáles? _____	Posee cuentas en moneda extranjera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
En qué banco o entidad financiera _____	No. Cuenta _____
País _____ Ciudad _____	Moneda _____

PATRIMONIO

BIENES RAÍCES: Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Finca <input type="checkbox"/> Otros: _____				
Dirección		Teléfono	No. Escritura	Año
Notaría		Matrícula inmobiliaria	Valor comercial \$	
Hipoteca a favor de:			Cuota mensual \$	
VEHÍCULO	Marca	Línea	Modelo	No. placa
Valor comercial \$	Reserva de dominio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		A favor de	
Valor pignoración \$	Cuota mensual			

ESTRUCTURA FAMILIAR

Si es soltero: padres, hermanos, hijos - Si es casado: Cónyuge e hijos

	Nombres y Apellidos	No. de Identificación	Fecha Nacimiento			Parentesco
			DÍA	MES	AA	
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Tiene seguro exequial? SI NO Desea afiliarse? SI NO

NIVEL DE INGRESOS MENSUALES

NIVEL DE INGRESOS MENSUALES: Por favor marque con una x el rango según corresponda. Los asociados con ingreso variable deben marcar según el promedio de su ingreso mensual incluido el básico más el variable.

Hasta 1 SMLMV De 1 a 2 SMLMV De 2 a 3 SMLMV De 3 a 4 SMLMV De 4 a 6 SMLMV De 6 a 8 SMLMV
 De 8 a 11 SMLMV De 11 a 17 SMLMV De 17 a 24 SMLMV De 24 a 48 SMLMV Superior a 48 SMLMV

CONDICIONES DE AFILIACIÓN:

Autorizo al pagador de la Empresa descontar el porcentaje de salario indicado por concepto de aportes a FOEMCOL.

Deseo aportar el siguiente porcentaje de mis ingresos mensuales

1% 2% 3% 4%
 5% 6% 7% 8%
 9% 10%

IMPORTANTE:

Favor anexas fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150% legible.

Por favor marque con una X al frente del porcentaje deseado.

REFERENCIAS

	NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCIÓN	TELÉFONO(S) DE CONTACTO	PARENTESCO
FAMILIAR	1			
	2			
	NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCIÓN	TELÉFONO(S) DE CONTACTO	
PERSONAL	1			
	2			

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Dando cumplimiento a la Ley 1581 de 2012, en mi calidad de titular de la información, autorizo mediante la firma de este formulario, de manera expresa, voluntaria, explícita, e irrevocable al Fondo de Empleados de Colfondos FOEMCOL, a quien lo represente o a quien ceda sus derechos, para que consulten o solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, confirme, intercambie, notifique, conserve y envíe mis datos personales, lo que incluye toda información relativa a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios, así como los datos que el Fondo tenga acceso en desarrollo de las finalidades previstas en su objeto social y que se han incorporado en las distintas bases de datos o repositorios con que cuenta el Fondo. Manifiesto de manera expresa, que he sido informado del tratamiento al que serán sometidos mis datos y su finalidad, conforme a la Política de tratamiento de la Información de FOEMCOL. Tengo conocimiento de que FOEMCOL cuenta con una infraestructura administrativa destinada, entre otras funciones, a asegurar la debida atención de requerimientos, peticiones, consultas, quejas y reclamos relativos a la protección de datos, a fin de garantizar el ejercicio de los derechos contenidos en la constitución nacional y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN

Declaro que la información suministrada en este formulario concuerda con la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de la misma. Autorizo de forma permanente e irrevocable a FOEMCOL, para verificar la información suscrita en este formulario. Acepto la calidad de Asociado a FOEMCOL, sus estatutos y reglamentos, asimismo acepto que el valor de mis aportes está sujeto al sueldo que devengo y tendrá el correspondiente incremento anual. Como trabajador mis cesantías, prestaciones sociales legales y extralegales, sueldos, bonificaciones e indemnizaciones, así como cualquier otra acreencia laboral que resultare a mi favor, garantizarán cualquier saldo a mi cargo en caso de retiro de la empresa. Declaro que mis ingresos y mis activos provienen de Actividades Lícitas. Igualmente declaro que no admitiré que terceros manejen o efectúen en el Fondo depósitos a mis cuentas. Autorizo a FOEMCOL a realizar actualizaciones de datos, y al envío de notificaciones e información comercial a través de correos electrónicos, mensajes de texto, comunicación telefónica fija y móvil y correspondencia a las direcciones registradas en el presente formato y a las que a futuro FOEMCOL identifique como sitios de localización. Me comprometo durante la vigencia del vínculo como asociado a actualizar la información suministrada en la presente solicitud o por lo menos una vez al año, no obstante, la actual estará vigente hasta tanto no notifique cambios, entendiéndolo que en caso de incumplimiento FOEMCOL estará en libertad de cancelar mi vinculación.

 Firma del solicitante
 C.C.

HUELLA ÍNDICE DERECHO

ESPACIO PARA USO DEL FONDO

Fecha de realización de la entrevista Funcionario quien realizó la entrevista _____

OBSERVACIONES: _____

Verificación ingreso información en el aplicativo:

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____