



Fondo de Empleados del Grupo
SANAUTOS FESAB

**FORMATO DE AFILIACIÓN Y/O VINCULACIÓN
PERSONA NATURAL
FO/GC/01 Versión 01 Enero de 2019**

Fecha de Solicitud:			Ciudad	Oficina	Tipo de Asociado		
AAAA	MM	DD			Vínculo con empresa _____ Empleado _____		
1. INFORMACION PERSONAL							
Primer apellido:		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de Documento: C.C. ____ T.I. ____ RC: ____ C.E. Pasaporte		Número de Documento:		Lugar de Expedición:		Fecha de Expedición: AAAA ____ MM ____ DD	
Fecha de Nacimiento:		Ciudad/ País de Nacimiento:		Nacionalidad:		Edad: ____ Género: M ____ F ____	
Estado civil: Soltero ____ Casado ____ Divorciado ____ Viudo ____ Unión Libre		Número de personas a cargo: Adultos ____ Menores de Edad: ____		Cabeza de Hogar: SI ____ NO ____		Tipo de Vivienda: Propia ____ Arrendada ____ Familiar ____ Hipoteca ____ Estrato: ____	
Nivel de estudios:			Dirección de Residencia:		Departamento Ciudad		
Primaria ____ Secundaria ____ Técnico ____ Tecnólogo ____ Universitario ____ Especialización ____ Maestría ____ Doctorado ____ otro ____							
Barrio o Sector:		Teléfono:		Número de Celular:		Dirección de Correo Electrónico Personal:	
Dirección de Correo Electrónico Laboral:				Envío de correspondencia: Email ____ Oficina ____ otra ____ cuál? _____			
1.1. INFORMACION DEL CONYUGE							
Nombres y Apellidos :		Documento de identificación:		Ingresos Mensuales		Número de Celular/Fijo	
Nombre del Negocio o Empresa donde Labora:		Dirección del Negocio o Empresa donde labora		Número de Teléfono donde labora			
1.2. INFORMACION DEL ASOCIADO CON CALIDAD DE PEP (PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE)							
Tipo de Persona expuesta públicamente PEP SI ____ NO ____		Clasificación del PEP: 1. Empleado Público: SI ____ NO ____ 2. Maneja Recursos Públicos: SI ____ NO ____ 3. Goza de Reconocimiento Público: SI ____ NO ____		¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI ____ NO ____ En caso afirmativo diligenciar la declaración de PEP.			
2. DATOS LABORALES							
Nombre de la empresa o negocio:		Dirección de la empresa:		Ciudad/Departamento:		Teléfono o Fax:	
Cargo:		Profesión:		Tipo de Contrato: Término Fijo ____ Término ____		Tipo de Empresa:	
Código del CIU/RUT:		Descripción de la actividad económica:			Fecha de Ingreso a la empresa: AAAA ____ MM ____ DD		
3. INFORMACION FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		INFORMACION DEL BALANCE			
Sueldo/pensión:		Arriendos		Total Activos: \$			
\$		\$					
Honorarios/Comisiones		Gastos Personales/ Familiares		Total Pasivos: \$			
\$		\$					
Ventas		Obligaciones Financieras		Patrimonio: \$			
\$		\$					
Otros ingresos		Otros Egresos:		Fecha corte de la información financiera: AAAA ____ MM ____ DD			
\$		\$		Declarar Renta: SI ____ NO ____			
Total Ingresos		Total Egresos:					
\$		\$					
Detalle el campo de otros ingresos:							
4. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA							
Realiza operaciones en moneda extranjera: SI ____ NO ____			Tipo de Transacción en moneda extranjera: Importación ____ Exportación: ____ Inversiones ____ Transferencia: ____ Otra: ____ Cuál? _____				
Posee cuentas en moneda extranjera: SI ____ NO ____			Tipo de Producto		Identificación Producto	Número del producto	
Entidad		Monto:		Ciudad:		País:	Moneda:
FIRMA DEL ASOCIADO C.C. :							
5. REFERENCIAS							
5.1. REFERENCIA FAMILIAR DIFERENTE AL CONYUGUE							
Nombres y Apellidos		Parentesco		Dirección			
Barrio		Ciudad/Departamento		Número Celular		Teléfonos	
5.2. REFERENCIA PERSONAL							
Nombres y Apellidos		Dirección				Barrio	
Ciudad/Departamento:			Número Celular:		Teléfonos:		

6. DECLARACION VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Yo, _____, identificado(a) con el documento de identidad No. _____, expedido _____, obrando de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración en cumplimiento a lo señalado en la Circular Básica Jurídica de 2015 en el capítulo IX del título III modificado por la circular externa 04 de enero 27 de 2017 emitida por la Superintendencia de la Economía Solidaria, así como las siguientes normas relacionadas a continuación: El Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), Ley 190 de 1995 Estatuto Anticorrupción, las cuarenta recomendaciones del GAFI entre otras normas legales concordantes.

1. Los recursos que manejo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle de la ocupación, oficio, Profesión, actividad, negocio, etc.) _____

2. Declaro que si poseo ingresos adicionales: especifique: _____

3. Declaro que los recursos recibidos por el Fondo de Empleados por el otorgamiento de crédito no serán destinados a ninguna actividad ilícita de las contenidas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

4. No admitiré que terceros efectúen pagos a mi nombre con fondos provenientes de las actividades ilícitas contenidas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

5. Autorizo a FESAB para acelerar el cobro de cualquier obligación pendiente y para dar por terminado unilateralmente mi asociación en FESAB, en caso de inexactitud, información falsa o incumplimiento de lo aquí indicado bajo gravedad de juramento.

7. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

a. Autorizo (amos) de manera irrevocable a FESAB, para que con fines estadísticos, control, supervisión y de información comercial, reporte a las centrales de información del Sector Financiero y a cualquier otra entidad que maneje bases de datos con los mismos fines: modificación o extinción de las obligaciones directas o indirectas contraídas con anterioridad o que se llegaren a contraer con el sector financiero real. b. Esta autorización comprende la información presente, pasada y futura referente al manejo, estado, cumplimiento de mis relaciones, contratos y servicios, obligaciones y las deudas vigentes, vencidas sin cancelar, procesos o a la utilización indebida de los servicios financieros. Todo lo anterior mientras estén vigentes y adicionalmente por el término máximo de permanencia de los datos en las centrales de riesgo, de acuerdo con los pronunciamientos de la corte constitucional. c. La autorización faculta no solo a FESAB para reportar, procesar y divulgar en las centrales de información del Sector Financiero o cualquier otra entidad encargada del manejo de datos comerciales, datos personales, económicos, sino también para que FESAB pueda solicitar información sobre mi(nosotros) relaciones comerciales con terceros o con el sistema financiero y para que los datos sobre mi(nosotros) sean procesados para el logro del propósito de la central y puedan ser circularizados o divulgados con fines comerciales. d. Acepto (amos) que los registros permanezcan por los términos previstos, en los reglamentos de las respectivas Centrales de Información. Me(nos) comprometo(emos) con FESAB a informar por escrito y oportunamente cualquier cambio en los datos, cifras y demás información, así como a suministrar la totalidad de los soportes documentales exigidos y actualizar dicha información con una periodicidad como mínimo anual, en todo de acuerdo con las normas en cualquiera de mis cuentas, depósitos o fondos todas las comisiones, honorarios, seguros, gastos e impuestos que causen el perfeccionamiento de estas operaciones, lo mismo de sus intereses y capital. e) Acepto (amos) expresamente todos los términos bajo los cuales FESAB me (nos) apruebe en todo o en parte las operaciones solicitadas. Declaro (amos) y acepto (amos) que la información suministrada será veraz, que todo proceso de vinculación queda sujeto a validación y que éstas autorizaciones las imparto (amos) desde el instante en que transmita a FESAB esta solicitud.

8. AUTORIZACION LEY DE PROTECCION DE DATOS

En calidad de titular de mi información personal y en adición y complemento de las autorizaciones previamente otorgadas a FESAB autorizo de manera expresa y previa o a quien represente u ostente sus derechos, para que directamente o a través de terceros, realicen el tratamiento de datos en medios físicos, digitales o por cualquier otro, sobre mi información personal, pero sin limitarse de aquella de carácter financiero, crediticio, comercial, profesional, sensible, técnico y administrativo, privada, semiprivada o de cualquier naturaleza, pasada, presente o futura, contenida en cualquier medio físico, digital o electrónico, entre otros. Con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por FESAB de lo siguiente:

a. Recolectar, consultar, recopilar, evaluar, catalogar, clasificar, ordenar, grabar, almacenar, actualizar, modificar, aclarar, reportar, informar, analizar, utilizar, compartir, circularizar, suministrar, suprimir, procesar y en general tratar los Datos Personales que le suministre por cualquier medio. b. Solicitar, consultar, verificar, validar, recopilar, compartir, intercambiar, informar, reportar, procesar, almacenar, modificar, actualizar, aclarar, retirar o divulgar por cualquier medio mis Datos Personales ante entidades de consulta de bases de datos o ante cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los fines legalmente definidos para este tipo de entidades, domiciliadas en Colombia o en el exterior, sean personas naturales o jurídicas, colombianas o extranjeras.

c. Enviar mensajes, notificaciones o alertas a través de cualquier medio para remitir extractos, divulgar información legal, de seguridad, promociones, campañas comerciales, publicitarias, de mercadeo, institucionales o de educación financiera, sorteos, eventos u otros beneficios e informar al titular acerca de las innovaciones efectuadas en sus productos y/o servicios, así como dar a conocer otros servicios y/o productos ofrecidos por FESAB. d. Cruzar la información de FESAB con las bases de datos de autoridades y/o entidades estatales y de terceros tales como la Registraduría Nacional del Estado Civil y sus aliados tecnológicos certificados, operadores de información y demás entidades que formen parte del Sistema de Seguridad Social Integral, empresas prestadoras de servicios públicos y de telefonía móvil, entre otras, para desarrollar las actividades propias de su objeto social principal y conexo, y/o cumplir con obligaciones legales. e. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales. f. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por FESAB y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales. g. FESAB garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservan el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente por FESAB por los diferentes canales informativos. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a FESAB para tratar mis datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales y para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales de FESAB. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

9. DOCUMENTACION REQUERIDA

Tipo de Documentos

Fotocopia del documento de identificación ampliada al 150%

Formato de Afiliación totalmente diligenciado y firmado

Declaración de Renta del último período gravable disponible

Declaración de PEP cuando aplique

FIRMA DEL ASOCIADO

C.C. _____

Huella dactilar

10. ESPACIO EXCLUSIVO PARA FESAB

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DE REALIZAR LA ENTREVISTA AL ASOCIADO

Fecha de realización de la entrevista: _____	Nombres y apellidos de la persona que realizó la entrevista: _____	Aprobado _____ Rechazado _____
Observaciones: _____	Firma de la persona responsable de realizar la entrevista al asociado: _____	

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DE VERIFICAR LA INFORMACION

Fecha de verificación de la información: AAAA _____ MM _____ DD _____	Nombres y apellidos de la persona que realizó la verificación de los datos: _____
Hora: _____	
Observaciones: _____	Firma de la persona responsable de realizar la verificación de los datos: _____

APROBADO POR LA JUNTA DIRECTIVA

Fecha: AAAA _____ MM _____ DD _____	Acta No. _____	Valor Aporte Mensual: \$ _____
-------------------------------------	----------------	--------------------------------

FIRMAS AUTORIZADAS

1. _____	2. _____	3. _____
----------	----------	----------

VISTO BUENO DEL GERENTE

Nombres y Apellidos: _____	Firma _____	Fecha: _____
----------------------------	-------------	--------------

