



# FORMATO DE AFILIACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN

Fecha de Diligenciamiento

D D M M A A A A

Esta información es confidencial y será utilizada de acuerdo a las disposiciones de la circular externa N°004 de 2017, expedida por la superintendencia de la Economía Solidaria

**CUOTA MENSUAL DE AHORRO.** Autorizo al Fondo de Empleados a descontar como cuota de ahorro permanente la suma de: \$ **MENSUAL.**

I. INFORMACION PERSONAL				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR NACIMIENTO
			D D M M A A A A	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	GENERO	CABEZA DE FAMILIA
C.C.C.E. N°	D D M M A A A A		F M	SI NO
NIVEL ACADÉMICO	ESTADO CIVIL	TIPO DE VIVIENDA	N° DE PERSONAS A CARGO	
Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/>	Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> U. Libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/>	Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/>		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ESTRATO	CIUDAD/DEPARTAMENTO	NÚMERO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
		/		

II. INFORMACIÓN LABORAL				
CODIGO REGIONAL	ÁREA	TIPO DE CONTRATO	SALARIO BÁSICO	
		Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/>	\$	
FECHA DE INGRESO	CIUDAD	DEPARTAMENTO	CARGO	
D D M M A A A A				

III. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES	EGRESOS MENSUALES	ACTIVOS	PASIVOS	OTROS INGRESOS			
\$	\$	\$	\$	\$			
CONCEPTO OTROS INGRESOS	CODIGO CIU	ES DECLARANTE DE RENTA	INFORMACIÓN FINANCIERA A CORTE				
	0010	SI NO	D D M M A A A A				
POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA	TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN O NO. DE PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA
SI NO				\$			

IV. DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE		
Ha Desempeñado En Los Últimos 24 Meses Cargos o Actividades En Los Cuales:		
Maneja recursos públicos	SI NO	Ejerce algún grado de poder público
		SI NO
Tiene reconocimiento público		
SI NO		
Si alguna de las anteriores preguntas es afirmativa por favor especifique:		
¿Tiene algún vínculo familiar con alguna persona que cumpla las características anteriores?		
SI NO		
Si su respuesta es sí, por favor especifique nombre completo y parentesco		

## V. 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 NACIONAL DE EMPLEADOS DE SEGURITAS - FONSECURITAS, 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, SARLAFT:

- Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad y ocupación.
- No admitiré que terceros vinculen mi actividad con dineros, recursos o activos relacionados con el delito de lavado de activos destinados a la financiación del terrorismo.
- Eximo al FONDO DE EMPLEADOS de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa o errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soporten mis afirmaciones.
- Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS, para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario.
- Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en el FONDO DE EMPLEADOS tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas.
- No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo.
- 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 para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

### VI. BENEFICIARIOS DE LEY

APELLIDOS	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	%
		D D M M A A A A			
		D D M M A A A A			

### VII. REFERENCIAS FAMILIARES Y PERSONALES

APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO	NÚMERO DE CELULAR	CIUDAD

### VIII. GRUPO FAMILIAR ASOCIADO

APELLIDOS	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	EDAD
		D D M M A A A A			
		D D M M A A A A			
		D D M M A A A A			
		D D M M A A A A			

### IX. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con la ley estatutaria 1581 de 2012 de protección de datos y con el decreto 1377 de 2013, autorizo expresamente, como titular de los datos, que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad del FONDO DE EMPLEADOS, para que sean tratados con la finalidad principal de contratación, ejecución y comercialización de los servicios del responsable del tratamiento el contacto a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, Chat, Correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales y las demás actividades requeridas para el desarrollo del objeto social del FONDO DE EMPLEADOS.

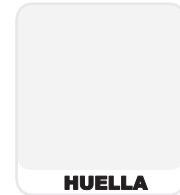
### X. AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS

- Autorizo permanente e irrevocablemente al pagador de la empresa en la que laboro, para retener de mis ingresos los valores derivados de esta solicitud. La suma de \$ 8.778 por una vez, correspondiente a mi cuota de afiliación a la entidad, que equivale al uno por ciento (1%) de un (1) SMMLV.
- En caso de retiro de la compañía, autorizo para que retenga de mi liquidación final de prestaciones sociales, posibles indemnizaciones y demás ingresos, el saldo que en esa fecha llegare a adeudar al FONDO DE EMPLEADOS por todo concepto, una vez efectuados los cruces y compensaciones a que haya lugar, En caso de presentarse un saldo a favor autorizo al FONDO DE EMPLEADOS para consignar dicho valor en mi cuenta bancaria.
- Acepto de acuerdo con la ley los descuentos por nomina que determine la Asamblea General de la Entidad y los ajustes que correspondan a mis obligaciones adquiridas con el FONDO DE EMPLEADOS de acuerdo con los estatutos vigentes.
- Autorizo a el FONDO DE EMPLEADOS para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo.

**COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.**

\_\_\_\_\_

FIRMA



HUELLA

### XI. USO EXCLUSIVO DEL FONDO NACIONAL DE EMPLEADOS DE SECURITAS - FONSECURITAS.

RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO O RADICACIÓN DE LAS AFILIACIÓN	RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN DE LA AFILIACIÓN
Nombre _____ Apellidos _____ Cargo _____	Fecha <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> Nombre _____
OBSERVACIONES:	OBSERVACIONES:
_____	_____
_____	_____